



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

Por, Filipa Tavares da Silva

Porto – setembro, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A SKILL DEVELOPMENT PATH

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

Por, Filipa Tavares da Silva

Sob a orientação de:
Profª Doutora Amélia Ferreira

Porto – setembro, 2022

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa, foi solicitada a elaboração de um relatório.

O presente relatório procura descrever e refletir sobre o meu desempenho e processo de aprendizagem efetuado nos estágios realizados, quer no âmbito da enfermagem especializada, quer no desenvolvimento de competências académicas.

A capacidade de mobilizar a evidência científica para a prática de modo a prestar melhores cuidados e com qualidade, a capacidade de tomar decisões clínicas diferenciadas, bem como a aquisição de competências na área da pessoa em situação crítica foram uma constante ao longo dos estágios.

O trabalho engloba os contributos deixados nos locais de estágio como a realização de um folheto informativo sobre os ensinamentos da técnica inalatória no serviço de urgência e uma revisão integrativa da literatura sobre as práticas forenses do enfermeiro no extra-hospitalar.

O documento envolve uma primeira parte relativa à caracterização do contexto de estágio, de forma a integrar e conhecer as dinâmicas organizacionais e funcionais dos locais de estágio e uma segunda parte em que se analisa e se reflete sobre as experiências e atividades desenvolvidas, bem como as competências adquiridas a partir dos objetivos previamente traçados. A metodologia utilizada baseia-se numa metodologia descritiva e analítico-reflexiva.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; pessoa em situação crítica; enfermagem médico-cirúrgica; competência comum; competência específica

ABSTRACT

Within the scope of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical Situation, at the Universidade Católica Portuguesa, a report was requested.

This report seeks to describe and reflect on my performance and the learning process carried out in the internships carried out, both in the field of specialized nursing and in the development of academic skills.

The ability to mobilize scientific evidence for practice in order to provide better and quality care, the ability to make differentiated clinical decisions, as well as the acquisition of skills in the area of the person in critical situation were a constant throughout the internships.

The work encompasses the contributions left in the training places, such as the creation of an informative leaflet on the teaching of inhalation technique in the emergency department and an integrative review of the literature on the forensic practices of nurses in the extra-hospital environment.

The document involves a first part related to the characterization of the internship context, in order to integrate and know the organizational and functional dynamics of the internship places and a second part in which the experiences and activities developed, as well as the competences acquired from the previously outlined objectives. The methodology used is based on a descriptive and analytical-reflective methodology.

Keywords: specialist nurse; person in a critical condition; common competence; specific competence.

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento a todos aqueles que no decorrer deste percurso demonstraram o seu apoio e compreensão, para que eu conseguisse alcançar esta tao desejada etapa.

À Profª Doutora Amélia Ferreira pela sua colaboração, disponibilidade e excelência.

A todos os enfermeiros com quem tive o privilégio de trabalhar, em especial aos meus tutores, por partilharem o seu conhecimento e contribuírem para a enfermeira que sou hoje.

Aos meus pais e minha irmã por me incentivaram a ser mais e me terem ensinado a nunca desistir.

Ao meu namorado por ser o meu porto de abrigo, por suportar o meu mau feitio em dias difíceis, e acreditar sempre em mim. Obrigada pelo teu amor e dedicação.

Às minhas amigas, por todo o apoio e incentivo, por estarem sempre ao meu lado, e por compreenderem a minha ausência em alguns momentos.

A todos os meus colegas de curso, pelos momentos de partilha, de incentivo e pela alegria de terminarmos juntos esta etapa.

À minha equipa e à minha chefe, pela disponibilidade para trocas, e por me suportarem nos momentos de maior cansaço.

LISTA DE SIGLAS

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC – Enfermeiro Coordenador

EPI - Equipamento de proteção individual

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço de Urgência

UCDM – Unidade de Curta Duração Médica

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	15
2. VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA EM CUIDADIOS INTENSIVOS	17
3.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDAR ESPECIALIZADO.....	21
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
6.APÊNDICES.....	41
APÊNDICE I: Folheto informativo sobre a técnica inalatória.....	43
APÊNDICE II: Revisão integrativa da literatura - Práticas Forenses do Enfermeiro em contexto Extra-Hospitalar.....	48
APÊNDICE III: Formação Práticas forenses do Enefermeiro em contexto Extra-hospitalar	75
ANEXO I- Proposta de registo forense Pré-Hospitalar	89

1.INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, foi solicitada a elaboração de um relatório de estágio para a unidade curricular- Estágio Final e Relatório com o objetivo de descrever e refletir sobre o meu desempenho e processo de aprendizagem efetuado nos estágios realizados, quer no âmbito da enfermagem especializada, quer no desenvolvimento de competências académicas.

A unidade curricular- Estágio Final e Relatório está integrada no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica detendo uma carga horária de 840 horas, com 30 créditos atribuídos. De referir que 360 horas são de contacto direto nos contextos de prática clínica, 440h de trabalho individual do estudante e as restantes para as orientações tutoriais e seminários. Os contextos de prática clínica dividem-se em 2 locais de estágio com 180h cada um respetivamente.

O estágio representa um momento privilegiado de aprendizagem, na medida em que permite a aplicação prática e a mobilização e integração dos conhecimentos académicos e os adquiridos ao longo da experiência profissional, através da realização de um ensino tutelado e estruturado. A sua realização tem como objetivo o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente na área de assistência ao doente em estado crítico. Atendendo a isso, é compreensível a seleção do Serviço de Urgência como local obrigatório de estágio, porque reúne as condições necessárias para a aquisição, consolidação e para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Assistência à Pessoa em Situação Crítica. No caso do estágio opcional, escolhi o INEM por uma questão de gosto pessoal, e por ter interesse em como se procede o socorro à vítima no extra-hospitalar, sendo o modo de atuação, de certa forma, sempre urgente/emergente e diferente do contexto em meio hospitalar

Na perspetiva de (Alarcão & Rua, 2005), os contextos de trabalho assumem-se de extrema importância na construção de saberes e de gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, ou seja, o saber, com o saber fazer e o saber ser, construindo o saber cognitivo. Os estágios clínicos são entendidos por momentos de observação e

intervenção, com o intuito de desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005)

O presente documento encontra-se organizado em 3 partes. Numa primeira parte é realizada uma breve contextualização do estágio realizado no 1º semestre em cuidados intensivos e descrita a sua importância e contributo para o percurso realizado. Numa segunda parte, são descritas e analisadas as competências adquiridas ao longo do período de estágio. Terminando com a conclusão onde são relatados os principais contributos e ganhos com a realização deste percurso, bem como as principais dificuldades encontradas.

De referir que a metodologia utilizada para a elaboração do relatório foi uma metodologia descritiva e reflexiva.

2. VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA EM CUIDADOS INTENSIVOS

No âmbito da Unidade Curricular – “A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica”, faz parte do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a realização de um estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). O estágio realiza-se em unidades de prática clínica, num total de 180h de contacto.

Iniciei o meu percurso em contexto prático, num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital de referência do Norte do país.

Este serviço recebe doentes críticos provenientes de vários serviços internos, como também doentes do exterior acompanhados pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), desta forma pode ser considerado um serviço polivalente no que respeita à existência das várias especialidades, tanto médicas como cirúrgicas, com necessidade de múltiplos tratamentos.

Segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2018), a Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave, potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)”.

O Serviço de Medicina Intensiva é caracterizado como uma unidade de nível III, no entanto, também dá assistência a doentes de nível II.

Situa-se no piso -1, junto do Serviço de Urgência e Centro de Formação e dele fazem parte a Emergência Interna. Em relação à estrutura física é constituído por duas alas, designadas respetivamente, SMI 1 e SMI 2. O SMI 2 foi construído em resposta à pandemia COVID-19. O SMI 1 é constituído por 10 unidades, podendo em casos excecionais abrir mais 2. São 5 camas distribuídas numa área comum “Open Space” e separadas por cortinas e as restantes 5 unidades, são de isolamento. No entanto, apenas uma permite isolamento físico. O SMI 2, tem capacidade para 11 unidades, todas com pressão negativa e uma antecâmara. Todas as unidades têm câmaras de vigilância que transmitem as imagens para o posto de enfermagem.

No que diz respeito à dinâmica de recursos humanos, o rácio relativamente aos enfermeiros, era normalmente de 1:2, 1 enfermeiro para 2 doentes. Havia também sempre presente um enfermeiro de Reabilitação no turno da manhã.

Torna-se importante refletir sobre a prática neste contexto visto que as experiências vivenciadas ao longo deste estágio constituíram uma gratificante forma de aprendizagem que foi fundamental para a aquisição de competências na área de EEMC.

Como tal, neste capítulo são relatadas as experiências que contribuíram para o desenvolvimento das competências e para a aquisição de conhecimentos, que se tornaram úteis tanto na prática dos contextos de estágio que se sucederam, como me ajudaram a crescer enquanto pessoa e enfermeira

Um dos objetivos a que me propus foi participar num transporte intra-hospitalar do doente crítico. De forma a dar resposta a este objetivo que delinee para este estágio pude preparar e realizar o transporte de uma doente internada no serviço, para uma ida ao bloco cirúrgico. Como tal, foi necessário realizar a verificação do cuff do tubo endotraqueal, os cuidados de higiene orais com chorexidina a 0.2%; a aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal; o posicionamento da doente em decúbito dorsal, monitorização da urina a avaliação de sinais vitais e a vigilância do estado hemodinâmico da doente. Tudo isto vai de encontro ao preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) ao referir que devem ser equacionados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, muito especialmente nas situações de hipoxia, hiper/hipocapnia e instabilidade hemodinâmica. Desta forma a preparação do material necessário ao transporte é fundamental, como seja: a preparação de medicação em SOS, a verificação da medicação que se encontra em perfusão nas máquinas (se suficiente para o transporte); a verificação do monitor de transporte, o ventilador, a bala de oxigénio e a mala de urgência com material e fármacos iguais aos do carro de emergência do serviço. No fundo, devemos tentar prever tudo o que vamos necessitar. Deste modo, o planeamento do transporte é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço e a coordenação do mesmo é fundamental. Assim, após a preparação da doente e de todo o material necessário, contactou-se novamente o outro serviço para avisarmos que o transporte ia ser realizado. Depois de tudo pronto, a médica que estava destacada para a doente, veio conectá-la ao ventilador de transporte e foi verificado que estava adaptada corretamente e ao mesmo tempo hemodinamicamente estável, procedeu-se então ao transporte com médico,

enfermeiro e assistente operacional. Pude constatar que na prática se realizam os procedimentos como o que é preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, e que só assim se asseguram cuidados de enfermagem de qualidade em todo o processo. Neste serviço existe uma checklist, em suporte papel, com todo o material necessário ao transporte do doente crítico. A qualificação técnica é um aspeto profundamente importante e relacionado com a formação e a experiência clínica, o que constitui um dos aspetos essenciais para a promoção e para a garantia da segurança do doente durante o transporte. A realização deste transporte que pude participar, permitiu-me atingir os objetivos sobre transporte do doente crítico em cuidados intensivos, nomeadamente através da preparação do doente para a realização do transporte intra-hospitalar; da verificação da existência de protocolos de atuação/checklist em transporte intra-hospitalar do doente crítico e colaboração na realização do transporte do doente. Com esta experiência aprendi que não devemos esquecer que o transporte só termina quando a pessoa doente regressa ao serviço de origem e que devemos sempre lembrar que o nível de cuidados de transporte nunca deve ser inferior ao que está a ser realizado no serviço de origem, podendo ainda ser necessário elevar os cuidados.

Para além do transporte intra-hospitalar do doente crítico, a relação terapêutica com o doente e família foi também uma prioridade de intervenção. Uma das competências específicas preconizadas pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC diz respeito a cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pelo que foi definido o seguinte objetivo específico: Estabelecer relação terapêutica com o doente e família em contexto de cuidados intensivos.

É relevante realçar que o contexto físico da unidade de cuidados intensivos, para além de ser um ambiente desconhecido, pode ser assustador para a família, pela quantidade de dispositivos em torno da pessoa em situação crítica, revelando-se, por si só, um fator gerador de *stress*. (Cabete, et al., 2019)

Assim, torna-se essencial que ocorra uma boa preparação do familiar na primeira visita, que lhe seja explicado atempadamente tudo o que irá ver, dar todo o apoio, espaço e silêncio para refletir e expor todas as suas dúvidas, diminuindo assim o stress do doente/família.

Uma vez que a vivência da doença é um processo que afeta todo o núcleo familiar, é fundamental que os cuidados de enfermagem não se limitem à interação entre o enfermeiro e o cliente, mas que a família seja envolvida, não apenas como um recurso para ajudar a pessoa que está doente, mas também como alvo dos cuidados. (Cabete, et al., 2019)

Tive ao longo do estágio, oportunidade de observar a preparação dos familiares para a primeira visita e perceber as principais preocupações dos mesmos. Não deixando de parte uma boa prática profissional e ética, no que respeita ao acolhimento do doente e sua família em situação crítica, como refere o (Regulamento n.º 140/2019, 2019) em que o Enfermeiro deve demonstrar uma prática segura, profissional e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência determina o conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente.

Anteriormente, as visitas eram diárias tendo um período longo de possibilidade de visita, no entanto, face à pandemia atual COVID-19, houve necessidade de implementar medidas, nomeadamente, nas pessoas doentes com covid-19 que não têm a possibilidade de ter visitas presenciais. É política e preocupação dos profissionais da unidade, que se a condição clínica assim o permitir, que haja possibilidade de realizar videochamadas. Todos os dias há um médico responsável de contactar o familiar de referência a explicar o estado atual do doente, agendando para o dia seguinte a possibilidade de visitar o doente ou de agendar uma videochamada.

Neste primeiro contexto de estágio pude constatar a importância do papel do enfermeiro no cuidar da pessoa em situação crítica e sua família, que vivencia problemas complexos e está num processo de transição saúde-doença, sendo a comunicação e a relação terapêutica com o doente e família, fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDAR ESPECIALIZADO

O enfermeiro especialista é o profissional a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe que para além da confirmação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que os enfermeiros especialistas partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Neste capítulo, são apenas abordados alguns dos objetivos definidos inicialmente, os que considere mais pertinentes, relativos aos estágios realizados no segundo ano. Numa primeira fase, faço uma breve referência à caracterização dos locais de estágio onde tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos, capacidades e competências. Sendo a caracterização dos estágios onde decorreu a prática clínica, uma parte integrante dos objetivos definidos.

O primeiro estágio iniciou-se no Serviço de Urgência. Este localiza-se no polo de construção mais recente, no piso 1, de um dos hospitais centrais da região Norte.

Neste espaço, são atendidas cerca de 380 pessoas por dia, na sua maioria proveniente das freguesias ocidentais da cidade, como também utentes com residência a sul do Douro até Aveiro e do eixo Nordeste de Portugal (Amarante, Vila Real, Bragança), quando a sua situação de saúde se enquadra na rede de referenciação em vigor e aprovada pela tutela. Disponibiliza atividade assistencial em todas as áreas de intervenção médica, com a exceção do atendimento de crianças até aos 12 anos e 364 dias, na área da Psiquiatria, e Cirurgia Cardiorácica.

De acordo com (Despacho Normativo n.º 11/2002, 2002), os serviços de urgência são “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”, pelo que estas situações são consideradas aquelas cuja gravidade, perante critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.

Segundo o (Despacho n.º 10319/2014 , 2014) a rede de SU caracteriza-se em três níveis diferenciados, por ordem crescente de resposta às necessidades e de recursos, concretamente, o SU Básico (SUB), o SU Médico-Cirúrgico (SUMC) e SU Polivalente (SUP), como é o caso do SU onde estagiei.

Este SU, desde outubro de 2000, foi pioneiro na implementação de um sistema de triagem de prioridades, a Triagem de Manchester. Os doentes são triados pelo sistema de triagem de Manchester sendo depois encaminhados para as áreas referidas consoante patologia e gravidade. Os doentes emergentes (cor vermelha do sistema de triagem referido) são atendidos na sala de emergência.

A sua estrutura está estabelecida em áreas de ação predefinidas, distintas, mas que se articulam e complementam, permitindo distribuir os doentes em tempo real, pelo local mais apropriado tendo em conta o seu problema de saúde. Estas áreas são: secretariados de admissão e receção de doentes, área de Triagem, área Médica / Sala Laranja, área Cirúrgica, área de Ortopedia, Serviço de observação (SO2), área de Inaloterapia, Unidade de Curta Duração Médica / SO1 (UCDM) e Sala de Emergência (SE). Funciona durante 24 horas por dia, e é assegurado, em caráter permanente, por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos da unidade. Este serviço funciona em estreita relação, nas 24 horas, com técnicos de eletrocardiografia, técnicos de imagiologia, técnicos de patologia clínica e hemoterapia. A atual situação de pandemia em que vivemos, obrigou a uma reavaliação dos circuitos de doentes, pelo que se determinou a existência de duas áreas distintas, ou seja, área não respiratória (Sala Laranja) e área respiratória (área Médica, SO2 e Inaloterapia). Também a UCDM, alberga doentes Covid negativo (unidade 8 a 18) e doentes cujo resultado ainda não é conhecido (unidade 1 a 7), com as devidas precauções de contato e de gotículas.

No que concerne à permanência de acompanhantes no Serviço de Urgência, e por questões relacionadas com o atual contexto, foram implementadas medidas restritivas. Contudo, em situações pontuais e especiais, a sua autorização pode ser concedida.

Também, desde outubro de 2004, este serviço foi dos primeiros SU de um hospital central, universitário e polivalente que utiliza uma aplicação informática, acabando com os registos em papel, e estando informatizado na sua globalidade. Inicialmente o ALERT e,

desde inícios de 2019 o SClínico e o CDM, equivalente ao utilizado nos restantes serviços do hospital.

O segundo local de estágio foi realizado no âmbito da emergência extra-hospitalar, na delegação da região norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O INEM, de acordo com a definição encontrada no site oficial do mesmo, “(...) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.”

O SIEM é constituído por um conjunto de entidades que colaboram com o objetivo de fornecer assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. As entidades que constituem o SIEM são: a PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) e os Hospitais e Centros de Saúde.

O sistema tem início quando alguém liga 112 - o Número Europeu de Emergência. Estas chamadas são primeiramente atendidas pela PSP, nas centrais de emergência. No caso do motivo da chamada ter a ver com a área da saúde, esta é enviada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. Quando o CODU aciona um meio de emergência, tenta que o mesmo seja o que está mais perto do local da ocorrência, independentemente da entidade a que pertence (INEM, Bombeiros ou CVP).

Entre os vários meios disponíveis saliento as ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) e as viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER), uma vez que foram os locais onde realizei o meu estágio. Tive a oportunidade de realizar 140h em meio SIV mais 40h em meio VMER.

No caso da VMER, esta é tripulada por um médico e um enfermeiro. Estas viaturas encontram-se nas bases hospitalares e dispõem de equipamento adequado para poder realizar suporte avançado de vida (SAV), possibilitando estabilização da vítima de forma a ter acompanhamento médico durante o transporte até à Unidade Hospitalar.

Em relação às ambulâncias SIV, surgiram no ano de 2007, são tripuladas por um enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE). Este tipo de meio é ativado para a prestação de cuidados hospitalares diferenciados em situações com risco

de evolução para PCR, agindo até à chegada de equipas de SAV. Estão equipadas com monitor desfibrilhador (com possibilidade de envio de dados para o CODU) e caixa de fármacos.

Considerarei uma mais valia poder verificar a forma como cada meio atua de maneira diferente e ter a perceção dos cuidados de enfermagem em ambiente extra-hospitalar.

Relativamente às competências do Enfermeiro Especialista, são diferenciadas em competências comuns e específicas, este conjunto de competências decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Os domínios de competências comuns incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências específicas da EEMC visam cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (falência orgânica e/ou risco de vida), intervir de forma eficaz em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, assim como potenciar a intervenção ao nível de prevenção e controlo de infeção.

Tendo em conta as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista acima descritas, foram elaborados objetivos ao longo dos diferentes estágios, tendo sempre como foco de atenção o doente crítico e sua família e/ou pessoas significativas.

Demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.

De forma a adquirir competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, estabeleci este objetivo específico.

Este domínio prevê que o Enfermeiro Especialista demonstre um exercício seguro, profissional e ético, suportado em habilidades de tomada de decisão ética e deontológica; e que a sua prática assente no respeito pelos direitos humanos, através da análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os serviços de urgência atingem muito facilmente o seu limite, em termos de ocupação, e o ambiente que se pode constatar, além da existência da agitação que lhe é inerente, é a existência de espaços repletos de macas, onde os doentes permanecem por longos períodos.

No SU onde estagiei, devido à organização física do serviço e à sua afluência, vê-se bastantes vezes macas nos corredores ou dentro de gabinetes que não estão preparados para tal. Sendo que, na Sala Laranja, é a área em que a prestação de cuidados é mais condicionada, pelo espaço ser limitado a 12 macas e pelos doentes permanecerem por vezes, por mais tempo que o esperado ou são alocados mais doentes do que o que é suposto.

Esta realidade provocou-me alguma inquietude, nomeadamente, nos aspetos relacionados com a vigilância e o respeito pela intimidade/privacidade do doente ficarem comprometidos. No decorrer do estágio, procurei em todos os momentos defender a liberdade e a dignidade da pessoa humana, respeitando os deveres deontológicos intrínsecos à profissão, nomeadamente, sempre que era necessário prestar cuidados numa área que não tinha as condições necessárias, transportava os doentes para locais com maior privacidade.

Respeitar o doente é também informá-lo e obter o seu consentimento, quando possível, para a realização de qualquer intervenção e tratamento. No extra-hospitalar existe um documento de recusa aos cuidados de saúde, em que é explicado à vítima/família, através de uma linguagem adaptada ao contexto social, o motivo pelo qual deveria ir ao hospital. Para que o consentimento informado seja válido, ele deve ser obtido de forma livre e esclarecida. Contudo, tanto no serviço de urgência como no extra-hospitalar, quando o doente estava inconsciente e não tinha capacidade de dar o seu consentimento, foi necessário recorrer-se ao consentimento presumido para realizar certas intervenções.

Neste sentido, e de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o enfermeiro assume o dever de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão” (Artigo 100.º), pelo que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Artigo 99.º) e, “salvaguardando sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delegar, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Artigo 107.º).

“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e, contribuir para criar o ambiente

propício ao desenvolvimento das suas potencialidades” (artigo 110.º). (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Assim, penso que é importante tomarmos decisão indo de encontro aos princípios éticos em cuidados de saúde: beneficência, não maleficência, respeito pela autonomia, princípio de justiça, não esquecendo o princípio da vulnerabilidade.

Este estágio deu-me a possibilidade de perceber que por mais adversas que sejam as condições de trabalho há princípios que enquanto profissionais de saúde nunca devemos esquecer, pelo que a humanização dos cuidados se deve assumir imperativamente. Como tal, considero ter cumprido o objetivo a que me propus e ter atingido competências, como: Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, no Domínio da Responsabilidade Ética e Profissional.

• Compreender a dinâmica da gestão do serviço a nível dos recursos humanos, materiais e cuidados de enfermagem

Para atingir competências no domínio da gestão de cuidados, delinee este objetivo específico.

A gestão de cuidados integra um dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, de forma a otimizar as respostas de enfermagem e a sua articulação na equipa de saúde e, visa a garantia da qualidade dos cuidados, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às necessidades de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

No SU, além do Enfermeiro Chefe, existem os Enfermeiros Coordenadores, que têm como principal função a de Supervisão do Serviço.

Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar a minha tutora em funções de coordenação do SU, o que me permitiu compreender o tipo de liderança existente no serviço, os critérios de elaboração do horário, e do plano de trabalho pelas diferentes áreas do serviço, o qual é realizado diariamente pelo enfermeiro que estiver de coordenação, o modelo de gestão dos recursos humanos, bem como dos recursos materiais. Também constatei, que a sua atuação passa também por mobilizar elementos de acordo com a

afluência às diferentes áreas, os tempos de espera ou a necessidade de transporte extra-hospitalar.

No que respeita à gestão de material de consumo clínico e hoteleiro assenta na metodologia Hospital Logistics System (HLS®). A sua reposição é gerida pelo sistema de duas caixas (KANBAN), com reposições bi-diárias. O material não contemplado pela reposição do sistema KANBAN, é controlado pelo Enfermeiro Coordenador (EC) pelo que, sempre que necessário pede informaticamente, através do Sistema de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), o material extra, necessário para a prestação de cuidados. Com esta aplicação informática (GHAF) temos acesso ao Centro de Custos, onde podem ser feitos pedidos de material extra HLS, e acesso à Manutenção e Assistência Técnica, onde são efetuados os pedidos de reparações de equipamentos e serviços, aos diferentes departamentos de reparação (Mecânica, Carpintaria, Eletromecânica, etc.).

No que concerne ao stock farmacêutico, pude constatar que o Serviço de Urgência possui na Sala Laranja um stock de medicação que é usada com mais frequência neste serviço. A reposição deste stock é feita três vezes por semana, pela técnica da farmácia, através do sistema de reposição por níveis, isto é, os fármacos são repostos à medida que vão sendo gastos. É da responsabilidade do EC organizar o stock de medicação e arrumar a mesma, assim como, confirmar a quantidade pedida e a recebida. Ao nível do controlo de estupefacientes, é também, da sua responsabilidade, assim como o seu acesso.

No caso do extra-hospitalar, tive a oportunidade de realizar um turno na delegação norte do INEM. Os elementos das equipas pertencem que à instituição INEM, têm um responsável de base, ou seja, um elemento da equipa que a representa e que estabelece a maioria dos contactos perante o INEM, mas os horários são realizados pelo enfermeiro chefe que representa essa mesma base.

Nas ambulâncias SIV, normalmente os recursos materiais são garantidos pelo INEM, no caso da SIV onde estagiei, os recursos materiais e alguns recursos humanos são garantidos pelo hospital a que esta está alocada.

Em ambos os meios onde estive pude constatar como é feito o pedido de material, ou seja, no final de cada ativação é registado todo o material gasto e repostado com o que há na base e depois é realizado um pedido ao hospital.

Pelas experiências vivenciadas ao longo deste estágio, pude constatar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica está diretamente envolvido na gestão, otimizando o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, assumindo, também, um papel fundamental no processo de gestão da qualidade do serviço, baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível.

A função dos enfermeiros gestores é extremamente importante para a viabilidade da prestação de cuidados nos diferentes contextos da prática de enfermagem. Estes são responsáveis por tentar garantir um rácio de profissionais adequado, em número e em competências, nos serviços onde desempenham funções.

Como tal, em contexto de estágio foi possível participar no desenvolvimento destas funções pelo que foi possível a aquisição de competências como, gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, no domínio da gestão dos cuidados.

Estabelecer uma relação terapêutica com o doente e família, envolvendo-os no processo de cuidar.

De modo a atingir a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, foi formulado este objetivo.

Segundo (Sá, Botelho, & Henriques, 2015) uma relação terapêutica tem como fundamento a confiança e a empatia que o enfermeiro estabelece com o doente e com a sua família. Assim, o enfermeiro deve procurar criar um ambiente seguro de forma que a família e o doente possam participar no plano de cuidados.

Através do exemplo da minha tutora no campo de estágio do SU, percebi que o enfermeiro especialista tem um papel determinante no estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada numa comunicação eficaz e na confiança. Tendo em consideração a complexidade das situações e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família, tentei mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística.

Como condicionantes, importa referir que a gestão da comunicação e da informação à família, nem sempre foi fácil, pela situação de restrição de acesso aos hospitais e acompanhamento no SU nesta fase de pandemia, o que lhes acresce ansiedade, à situação de vulnerabilidade e fragilidade em que estes doentes e famílias se encontram face a este processo de transição que vivenciam. Contudo, e quando a dinâmica do serviço proporcionou, procurei minorar este problema, reconhecendo a família/pessoa significativa como parte integrante dos cuidados, nomeadamente na UCDM, em que existe uma indicação para no turno da manhã, o enfermeiro responsável por cada doente ligar ao familiar/pessoa significativa dos doentes ao seu cuidado, e disponibilizar toda a ajuda, fornecendo a informação não clínica sobre o estado do seu familiar.

Como sabemos os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam junto do doente. Em contexto de urgência e emergência, o enfermeiro necessita de desenvolver competências especializadas para conseguir colmatar os desafios emergentes que surgem da prática clínica. (Sá, Botelho, & Henriques, 2015)

Facilmente se compreende que em situações urgentes a família encontra-se num estado de grande preocupação, stress e vulnerabilidade. Os familiares normalmente estão presentes desde que se inicia o episódio, em alguns casos graves e permanece até à chegada da ajuda diferenciada.

Inúmeras vezes percebemos que a família tem um papel fulcral, ao contribuir com informações importantíssimas, que segundo (Santana, et al., 2016) contribui para um “cuidado integral à pessoa em situação crítica.

Segundo a ideia destes autores, de facto, para que seja realizado um cuidado de forma integral, é necessário que os profissionais de saúde criem uma relação interpessoal, de forma empática com a família. Para tal, não nos podemos esquecer da importância da habilidade para comunicar. (Santana, et al., 2016)

O estudo realizado pelos autores acima mencionados revelou que efetivamente os familiares consideravam que os profissionais que cuidaram do ente querido eram muito bons e rápidos no atendimento. No entanto, referiam que não percebiam muitas vezes os termos técnicos utilizados ou de facto sentiam que não existiam, o que contribuía ainda mais para a ansiedade que já se fazia sentir.

Por vezes, devido ao contexto em que se está inserido, tem-se uma tendência de comportamento exclusivamente técnico, o que contribui por prejudicar uma comunicação efetiva. Assim, também em contexto extra-hospitalar, procurei comunicar com a família de forma clara e efetiva, tentando atender as necessidades da família, de forma a dar resposta as mesmas. E que a família, se sentisse incluída no processo.

Num dos turnos do meu estágio no âmbito extra-hospitalar em meio SIV, fomos chamados para uma vítima em Paragem Cardiorespiratória (PCR) num domicílio que estava acompanhada pelo marido, que foi este que fez a chamada de emergência. À nossa chegada foi-lhe pedido para se afastar do local (quarto) e iniciamos manobras de ressuscitação, até chegar um meio mais diferenciado, neste caso a VMER. Após chegada da mesma, e estabilização da vítima, foi pressentida a necessidade de comunicação ao marido do sucedido e dos seguintes passos, pois ele estava do lado de fora sem perceber o que se estava a passar concretamente. Deste modo, apresentei à minha enfermeira tutora para que a fossemos informar relativamente à situação da vítima e o que tinha ocorrido.

A comunicação entre os profissionais de saúde e da família pode ser importante para poder prestar melhores cuidados e de qualidade à pessoa em situação crítica. Como tal, considero que atingi a competência específica, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Intervir na prevenção e controlo da infeção e de resistência Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

De modo a atingir a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, foi formulado este objetivo.

A Infeção Associada a Cuidados de Saúde (IACS) é a infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e, segundo estudos internacionais, cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (DGS, 2007).

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos Antimicrobianos são problemas relacionados e que assumem importância crescente à escala mundial (DGS, 2017).

Neste seguimento, é crucial referenciar as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), elencadas no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), que traduzem regras de boas práticas a ser adotadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, com o objetivo de minimizar o risco de infecção e a transmissão cruzada.

No âmbito da competência relacionada com a prevenção, intervenção e controlo da infecção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica foram identificadas algumas oportunidades de melhoria, nomeadamente no que respeita ao uso de EPI e, higienização das mãos.

No SU onde estagiei, no que se refere à utilização de EPI, destaco o uso de aventais aquando da prestação de cuidados de higiene e conforto, nomeadamente na área respiratória, em que nem sempre verifiquei o seu uso como prática corrente por todos os profissionais de saúde, o que acarreta inúmeros riscos para os doentes, potenciando outros focos infecciosos por transmissão cruzada. Segundo a norma da DGS, os aventais devem ser “utilizados durante procedimentos que envolvam contacto direto com o doente” e “substituídos no final do procedimento e entre doentes (por ex.: entre os cuidados de higiene e a realização de penso de ferida)” (DGS, 2012).

Relativamente à higienização das mãos, constatei que a adesão ao uso de luvas aquando da prestação de cuidados ao doente é grande, no entanto, a higienização das mãos com soluções antissépticas de base alcoólica nem sempre foi verificado.

Face às particularidades do SU, pela grande afluência de doentes e sua rotatividade, esta temática deve ser encarada como um desafio constante, pelo que se torna fundamental promover as medidas necessárias para a prevenção da infecção.

Em contexto extra-hospitalar detetei alguns problemas, nomeadamente, alguns meios possuem soluções antissépticas de base alcoólica para desinfeção das mãos na porta da frente da viatura e verifiquei que nesses casos as mãos são desinfetadas com mais frequência do que nos casos em que o desinfetante não está tão próximo.

Outra lacuna verificada tem a ver com o facto de os enfermeiros do pré-hospitalar terem farda própria, mas no socorro à vítima não usam aventais, como tal, após os cuidados de enfermagem prestados e estarem em contato com o doente, usam a mesma farda junto de outros de doentes a que ocorrem.

Ao refletir sobre o estágio, considero que na prestação de cuidados procurei sempre atender às boas práticas e recomendações de controlo e prevenção da infeção, e com persistência e coerência sempre que as condições e circunstâncias não eram as ideais procurei adaptar o material e o espaço para a realização dos procedimentos o mais corretamente possível.

Executar cuidados individualizados e especializados baseados em evidência científica à pessoa em situação crítica

Para atingir competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, delinee este objetivo específico.

Para a construção de uma própria identidade profissional, a reflexão e reinterpretação das vivências individuais e a acumulação de experiências, são essenciais para o crescimento que permite construir as perspetivas acerca da profissão. Para a criação desta identidade, o processo formativo constitui uma situação privilegiada, através da valorização das novas experiências e das relações pessoais e interpessoais estabelecidas

A procura do conhecimento científico tendo como finalidade a melhoria da prestação de cuidados à pessoa doente é um desafio constante na nossa prática clínica. A prática baseada em evidência define-se como a solução para o problema que é a tomada de decisão, que agrega a procura da mais recente evidência, a competência clínica do profissional, tendo em conta os valores e crenças da pessoa doente. É necessário definir um problema, procurar e avaliar criticamente as evidências disponíveis, para posteriormente as pôr em prática e avaliar os resultados obtidos. (Mendes, Silveira, & Galvão, 2018)

Uma vez que em contexto pandémico foram abolidos todos os procedimentos geradores de aerossóis, os inaladores pressurizados passaram a ser a única opção. Nesse contexto, pude constatar que havia algumas falhas na técnica inalatória por parte dos doentes e mesmo dos profissionais de saúde.

A via inalatória é atualmente reconhecida como a via de eleição para a administração de fármacos no tratamento das doenças respiratórias e veio contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, principalmente daqueles com patologia crónica, como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Todavia, a sua otimização exige uma adequada técnica inalatória, o que representa para o médico prescriptor e para os enfermeiros uma responsabilidade acrescida. (Aguiar, et al., 2016)

Como tal, considerei pertinente elaborar um folheto informativo que descrevesse a técnica inalatória, de acordo com as normas da DGS.(Ver apêndice I)

Hoje em dia, no âmbito do extra-hospitalar, os enfermeiros, são frequentemente confrontados com situações de crime, sendo na maioria das vezes os primeiros a interagir com as suas vítimas e inclusivamente com os seus autores. Como tal, devem estar devidamente preparados para lidar com estas situações, devendo socorrer primeiramente, mas tendo especial atenção para não adulterar ou perder possíveis vestígios. Deve também ser apto para reconhecer e alertar se estiver perante uma situação destas.

O grande flagelo do nosso século é a violência, como tal os enfermeiros têm a oportunidade única de contribuírem para o seu combate, quer através de programas de prevenção, quer através do ensino e formação, como também na abordagem das vítimas e dos agressores. (Gomes, 2014)

A capacidade de um enfermeiro para descobrir e recolher provas médico-legais desempenha um importante papel na investigação do crime, podendo ser um fator decisivo para a decisão judicial. Sendo assim, uma má recolha destas provas em situações complexas, tais como em crimes violentos, podem levar à ocultação de resultados importantes para a investigação e à responsabilização do enfermeiro por este ato. (Santos C. D., 2013)

Uma sólida formação neste domínio fornecerá um elo vital no desenvolvimento das competências necessárias para intervir de forma adequada, perspetivando, em simultâneo, o aumento de recursos humanos, dado que estes são muitas vezes referidos como

insuficientes, o que poderá conduzir à destruição de provas, atrasos de tempo da resposta médica e a falhas nos processos judiciais. (Lynch, 2011)

Deste modo, achei relevante realizar uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as práticas forenses realizadas pelos enfermeiros em contexto pré-hospitalar, sendo uma das lacunas deste meio. (Ver apêndice II)

A insuficiente falta de formação sobre esta temática e a pobre inserção nos planos curriculares no ensino graduado de Enfermagem são fatores que poderão justificar as lacunas na preservação de vestígios ou outras provas com interesse forense.

Como tal, considero ter adquirido competências como desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a praxis clínica especializada em evidência científica, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

4.CONCLUSÃO

Torna-se importante investir no conhecimento especializado, e acima de tudo na aquisição de competências e ferramentas que possam conduzir a processos de decisão mais complexos e acima de tudo numa prestação de cuidados mais eficazes.

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão tem contribuído para o aumento da produção de conhecimento, sendo a ferramenta fundamental para colmatar as necessidades na prática clínica.

A elaboração deste relatório possibilitou-me a realização de uma reflexão sobre todo o processo de aprendizagem e de aquisição de competências especializadas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC, nos vários domínios de ação do enfermeiro especialista.

Os contextos de estágio foram fundamentais para o desenvolvimento e aquisição de competências, proporcionaram-me ainda várias oportunidades, que me permitiram aumentar o conhecimento na assistência à pessoa em situação crítica.

De salientar a importância do primeiro estágio realizado no 2º semestre, que proporcionou novos conhecimentos e aprendizagens essenciais no reconhecimento e discussão de problemas complexos, na capacidade crítico-reflexiva.

Foram várias as dificuldades e limitações encontradas ao longo do percurso, nomeadamente, o facto de estarmos a passar por uma pandemia, o facto de o primeiro contacto com uma unidade de cuidados intensivos ter sido no primeiro estágio, no entanto, com a disponibilidade e apoio demonstrado pelas equipas multidisciplinares, foram ultrapassadas com sucesso.

Gostaria ainda de destacar o facto de as equipas terem aceitado sempre as minhas ideias e contributos, envolvendo-me nas tomadas de decisão.

Realço a importância da realização deste estágio na minha prática profissional, ao ter despoletado em mim a necessidade de investigar, conhecer e saber mais, aumentando o meu espírito crítico e reflexivo dos problemas.

Como era objetivo deste relatório, procurei descrever e refletir sobre as experiências vivenciadas e as atividades pertinentes que vivenciei e que surgiram ao longo do estágio,

e sobre as estratégias adotadas que ajudaram na aquisição de conhecimentos. Elucidei também os contributos que tive a possibilidade de dar nos diferentes contextos de estágio, visando a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento profissional de pares.

O processo nem sempre foi fácil, e conseguir organizar este relatório de uma forma sintetizada, capaz de explicar os conhecimentos adquiridos durante este percurso, salientando o desenvolvimento das competências requeridas ao enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, foi a principal dificuldade sentida. Convicta de que respondi ao desafio de descrever fielmente a minha evolução, como era o objetivo máximo desta unidade curricular, termino este Relatório, com o sentimento de dever cumprido, e com a certeza que me consegui desenvolver enquanto futura mestre em enfermagem. A mobilização dos meus conhecimentos anteriores e recentes na resolução de problemas em situações novas, e em contextos alargados e multidisciplinares, o desenvolvimento da minha capacidade para integrar conhecimentos resultantes da investigação, a minha capacidade de reflexão sobre as implicações éticas e sociais da prática e a capacidade de transmissão de conhecimentos de forma clara e sem ambiguidades aos meus pares proporcionaram a que a missão de me autodesenvolver e de dar o meu contributo na promoção de uma enfermagem de excelência e assente em evidência científica atual fosse concluída com sucesso.

Tendo presente que a aprendizagem é um processo contínuo, cujo pensamento crítico/reflexivo deve estar sempre presente, acredito que é refletindo sobre as práticas do exercício de Enfermagem em articulação com os conhecimentos teóricos que contribuimos de forma positiva para a prestação de cuidados de Enfermagem que visam a qualidade.

Considero que atingi com sucesso a aquisição de competências para o cuidado especializado à PSC, no entanto, sei que há sempre mais para saber, competências a adquirir e a desenvolver de forma a prestar cuidados com qualidade.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Barbosa, M. P. (2016). Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *REVISTA PORTUGUESA DE IMUNOALERGOLOGIA*.

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências.

Apeforense. (2015). *Associação Portuguesa de Enfermagem Forense*. Obtido de <http://apeforense.blogspot.pt>

Braz, J. (2010). *Investigação Criminal – a organização, o método e a prova: os desafios da nova criminalidade*. Coimbra: Almedina.

Cabete, D. d., Fonte, C. S., Matos, M. M., Patrica, H. M., Silva, A. R., & Silva, V. F. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 129-138.

Costa, N. (2010). *Atitude médica perante uma vítima de Ferimento por arma de fogo: como proceder. Dissertação de mestrado*. Obtido de Faculdade de Medicina – Universidade do Porto: <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/53698>

Crane, P. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing*.

Despacho n.º 10319/2014 . (2014). Diário da República n.º 153/2014,Série II .

Despacho Normativo n.º 11/2002. (6 de Março de 2002). Diário da República n.º 55/2002, Série I-B.

Eisert, P. J., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'Brien, P., . . . S. March, K. (2010). Development of Forensic Evidence Collection Guidelines for the Emergency Department. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181d913b4

Foresman-Capuzzi, J. (Maio de 2014). CSI & U: COLLECTION AND PRESERVATION OF EVIDENCE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. doi:10.1016/j.jen.2013.04.005

Galvão da Silva, F. (2006). Preservação da cadeia de custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação atual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos.

Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*. Lisboa: Lidel.

Gonçalves, S. (2011). *Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses*. Obtido em 25 de fevereiro de 2022, de Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências: <http://hdl.handle.net/10216/57083>

Lynch, V. A. (2011). *Forensic nursing science*. St. Louis: Elsevier Mosby.

Mcgillivray, B. R. (2005). The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidences: a review of the literature. *elservierhealth*.

Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2018). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *PARECER N.º 15 / 2018*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º.140/2019. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 26, 2ª série.

Peel, M. (2016). Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments. Regulamento n.º 140/2019. (6 de Fevereiro de 2019). *Diário da República: II série*, n.º226. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Sá, F. L., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica.

Santana, C. J., da Silva, M., Oliveira, F., Coimbra, J. A., Oliveira, M. L., & Marcon, S. S. (2016). Interação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com as Famílias.

Santos, C. D. (2013). Contributos para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal.

Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (Junho de 2007). *The PICO strategy for the research question construction and evidence search*.

Santos, M. A., & Galvão, M. G. (2014). *The formulation of a well-built research question*.

Silva, K. B., & de Cássia Silva, R. (2009). *ENFERMAGEM FORENSE: UMA ESPECIALIDADE A CONHECER*, pp. 564-568.

6.APÊNDICES

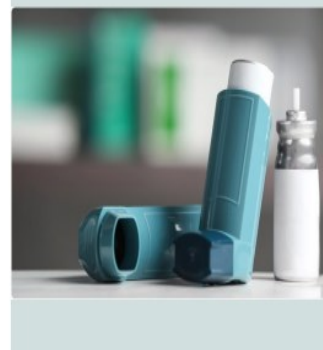
APÊNDICE I: Folheto informativo sobre a técnica inalatória

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-no102017-de-26072017-pdf.aspx>;
- **BARRETO et al-**
Normas da terapêutica inalatória (2000);
- **Cordeiro, M.C-**
Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios. Editora Lusodidacta (2014- ISBN: 978-989-8075-39-0

Centro Hospitalar Universitário do
Porto
Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 Porto
Telefone:222077551/2

ENSINOS SOBRE A TÉCNICA INALATÓRIA











Técnica Inalatória

A via inalatória constitui o método preferencial para administração de terapêutica no tratamento de doenças respiratórias crônicas como na Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).




As razões da sua escolha no tratamento das doenças respiratórias estão presentemente bem documentadas na literatura: deposição do fármaco diretamente no local de ação; utilização de doses diminutas de fármaco; maior eficácia terapêutica e menores efeitos colaterais extrapulmonares.

Para que a técnica inalatória seja uma terapêutica eficaz, é necessário uma correta utilização dos dispositivos inalatórios.

Utilização do Inalador Pressurizado:

1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente; 
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical); 
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma; 
5. Incline ligeiramente a cabeça para trás;
6. Efetuar uma expiração lenta;
7. Colocar inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerosol para os olhos) 
8. Começar a inspirar lentamente e ativar o Inalador 
9. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total;
10. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto)
11. Realizar uma expiração forçada; 
12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir;
13. Repita os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas.

Utilização do Inalador Pressurizado com Câmara Expansora:

1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar a embalagem (na posição vertical);
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à CE; 
5. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional);
6. Câmara expansora com:
 - Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo; 
 - Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca; 
7. Ativar o inalador colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
8. Contar 5-10 ciclos respiratórios (duração aproximada no adulto de 30 segundos)
9. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da CE e aproveitamento completo da dose administrada;
10. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e a face.

APÊNDICE II: Revisão integrativa da literatura - Práticas Forenses do Enfermeiro em contexto Extra-Hospitalar



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Práticas Forenses do Enfermeiro em contexto Extra-Hospitalar: uma revisão integrativa

Por, Filipa Tavares da Silva

Porto, fevereiro de 2022

INTRODUÇÃO

O grande flagelo do nosso século é a violência, como tal os enfermeiros têm a oportunidade única de contribuírem para o seu combate, quer através de programas de prevenção, quer através do ensino e formação, como também na abordagem das vítimas e dos agressores. (Gomes, 2014)~

Hoje em dia, no âmbito do extra-hospitalar, os enfermeiros, são frequentemente confrontados com situações de crime, sendo na maioria das vezes os primeiros a interagir com as suas vítimas e inclusivamente com os seus autores. Como tal, devem estar devidamente preparados para lidar com estas situações, devendo socorrer primeiramente, mas tendo especial atenção para não adulterar ou perder possíveis vestígios. Deve também ser apto para reconhecer e alertar se estiver perante uma situação destas.

O desafio de cuidar de doentes emergentes forenses, vítimas, predadores ou das famílias, adiciona uma nova e complexa dimensão aos cuidados de enfermagem (Crane, 2006)

A capacidade de um enfermeiro para descobrir e recolher provas médico-legais desempenha um importante papel na investigação do crime, podendo ser um fator decisivo para a decisão judicial. Sendo assim, uma má recolha destas provas em situações complexas, tais como em crimes violentos, podem levar à ocultação de resultados importantes para a investigação e à responsabilização do enfermeiro por este ato. (Santos C. D., 2013)

Provas podem ser objetos palpáveis mais ou menos óbvios, visíveis a olho nu, mas também podem ser manchas, marcas ou outros vestígios menos visíveis ou até invisíveis à vista desarmada. Uma prova física é considerada uma evidência inegável que só pode ser posta em causa se houver erro na sua interpretação, na sua recolha ou se não for encontrada (Gonçalves, 2011)

O principal objetivo desta revisão integrativa centra-se na identificação das práticas forenses realizadas pelos enfermeiros em contexto pré-hospitalar, sendo uma das lacunas deste meio. A insuficiente falta de formação sobre esta temática e a pobre inserção nos planos curriculares no ensino graduado de Enfermagem são fatores que poderão justificar as lacunas na preservação de vestígios ou outras provas com interesse forense.

Uma sólida formação neste domínio fornecerá um elo vital no desenvolvimento das competências necessárias para intervir de forma adequada, perspectivando, em simultâneo, o aumento de recursos humanos, dado que estes são muitas vezes referidos como insuficientes, o que poderá conduzir à destruição de provas, atrasos de tempo da resposta médica e a falhas nos processos judiciais. (Lynch, 2011)

O papel do enfermeiro não é realizar investigações forenses, mas sim ter consciência da sua posição privilegiada na identificação, colheita e preservação de provas que possam ser importantes numa posterior investigação forense (Mcgillivray, 2005).

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Enfermagem Forense

Em 1984, Virginia Lynch tornou-se a primeira enfermeira dos Estados Unidos da América com competências em investigação médico-legal em cadáveres, e em 1991, foi a grande responsável para que a American Academy of Forensic Sciences (AAFS) reconhecesse a enfermagem forense como uma ciência. (Gomes, 2014)

A enfermagem forense foi reconhecida como uma especialidade de enfermagem no ano de 1992 nos Estados Unidos da América, através da criação da International Association Forensic Nursing (IAFN), que foi fundada por 72 enfermeiras norte americanas (SILVA e SILVA, 2009). Estas enfermeiras dedicavam-se a realizar a exames de perícia em vítimas de estupro e abuso sexual em vários países como Japão, Canadá, Austrália, Inglaterra, Peru, Quênia, Coreia, Índia, Jamaica, Suécia e Itália. (Silva & de Cássia Silva, 2009)

Em 2011, foi dado um passo significativo na implementação e reconhecimento da enfermagem forense em Portugal, com a criação da Associação Portuguesa de Enfermagem forense (APEFORENSE). Com o intuito de atender à promoção do desenvolvimento, qualificação, atualização e aperfeiçoamento, inseridos no contexto diferencial e evolutivo da prática de enfermagem, e a par da defesa dos direitos e deveres dos enfermeiros (APEFORENSE, 2015)

A enfermagem forense é hoje aceite como uma nova ciência forense, que procura contribuir com os seus avanços e conhecimentos na evolução das ciências forenses no combate ao crime. (Gomes, 2014)

Segundo a IAFN, a especialidade é definida como a aplicação da ciência da enfermagem ao público e à justiça; a aplicação relaciona-se aos aspetos forenses do cuidado à saúde combinado com a formação biopsicossocial do enfermeiro na investigação científica da morte e/ou tratamento do trauma de vítimas e agressores, atividades criminais, acidentes traumáticos e abuso físico, emocional e sexual (Silva & de Cássia Silva, 2009)

Esta disciplina combina os conceitos gerais da enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais. Promove num contexto clínico forense, cuidados diretos

às vítimas, ofensores e a todos quantos testemunham situações de violência, aplicando a ciência forense à prestação de cuidados de enfermagem. (APEFORENSE, 2015)

1.2 Preservação e recolha de provas e vestígios no Pré-Hospitalar

Uma prova é um indício, sinal ou uma evidência que serve para estabelecer a verdade de algo enquanto um vestígio também pode ser uma prova só que mais frágil e menos visível. (Braz, 2010)

As provas são meios ou instrumentos que vão justificar e fundamentar as convicções, com visa a convencer o tribunal da existência ou inexistência dos fatos, tendo como finalidade suportar posteriores juízos jurídicos e uma eventual condenação. (Braz, 2010)

Segundo (Galvão da Silva, 2006), os vestígios podem ser definidos quanto à sua origem de lofoscópicos (impressões digitais, palmares e plantares), biológicos (sangue, saliva, sémen, secreções, ossadas, cabelos, pelos, entre outros) ou físico-químicos (armas de fogo, objetos perfurantes, cortantes, rastos de pneus). De certa forma, vestígios são todas as marcas, sinais e/ou objetos que ajudam a descobrir a verdade e a descobrir o autor de um crime.

Edmond Locard foi um dos pioneiros na criação da polícia científica, defendendo um princípio que ainda hoje prevalece e que também se aplica às equipas de emergência médica quando abordam um local onde ocorreu uma morte violenta, “No local do crime ficam inevitavelmente, vestígios do criminoso que por sua vez transporta consigo voluntária ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato criminoso”. (Gomes, 2014)

Portanto, também os profissionais durante a assistência à vítima devem atender a este princípio de transferência de vestígios, sendo crucial tocar e mover só o estritamente necessário, utilizando sempre luvas e trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada. (Costa, 2010)

1.2.1 Cadeia de Custódia

A preservação de vestígios obedece à determinação de regras, sendo uma delas muito importante, a cadeia de custódia. A cadeia de custódia começa quando a primeira pessoa inicia a recolha dos vestígios, e continua com a autoridade. (Gomes, 2014)

Uma prova encontrada no local do crime, no corpo da vítima ou suspeito, pode eventualmente ser apresentada em tribunal, mas esta prova só terá valor jurídico se se tiver a certeza de que não foi contaminada ou adulterada em todo o seu percurso no

decorrer da investigação. Para atestar essa validade a cadeia de custódia deve ter sido corretamente mantida e registada. (Gonçalves, 2011)

Os documentos da cadeia de custódia identificam todos aqueles que lidaram com a prova. Toda a transferência da prova de uma pessoa para outra ou de um lugar para outro deve ficar registado e esse registo acompanha a prova até ao final da investigação. No final obtém-se um registo cronológico de onde e com quem a prova esteve até ser apresentada em tribunal. (Lynch, 2011)

Todos os procedimentos efetuados desde a identificação, recolha, análise e interpretação, passando pela preservação e transporte da prova, devem ser minuciosamente registados. Esse registo deve ter início no momento em que o vestígio é encontrado, documentando a hora, data, local e identificação de quem fez a recolha e se possível um registo fotográfico. Todas as manipulações e tratamentos dados ao vestígio devem ser descritas e explicitadas. O seu acondicionamento, armazenamento e transporte, deve ser efetuado em condições que garantam o seu isolamento e inviolabilidade, utilizando contentores com sistema de fecho e etiquetagem adequadas. Toda a operação que exija abertura do contentor de vestígio deve ficar registada, não só quem é que procedeu à manipulação do vestígio, mas também o momento e o local. (Braz, 2010)

Quanto menos pessoas manusearem os vestígios, melhor será para a manutenção da cadeia de custódia. As equipas de emergência devem ter, nas suas viaturas 3 itens importantes para a preservação de vestígios: sacos de papel de vários tamanhos, câmara fotográfica com flash, envelopes e etiquetas. Na preservação de vestígios, a documentação assume um papel importante, na medida em que a melhor forma de proteção de si próprio e da vítima é a perfeita documentação dos factos, uma vez que em situações de emergência, pode ser a única forma de preservar vestígios. Os aspetos mais importantes a registar são:

- Condição em que a vítima se encontra
- Local em redor • Tratamento realizado
- Provável cenário que tenha ocorrido (Gomes, 2014)

(Gomes, 2014) propõe um documento de registos forenses que pode ser utilizado pelos enfermeiros no pré-hospitalar (Anexo I)

1.2.2 Abordagem do enfermeiro nas diversas situações

A programação da abordagem da equipa inicia-se logo que se recebe a chamada. O CODU tem um papel muito importante ao receber a chamada, deve dar instruções às pessoas que se encontram no local, para procederem em conformidade. As instruções dadas pelo CODU apresentam como vantagens possibilitar o início do socorro à vítima, beneficiando a vítima antes da chegada da equipa de socorro. Por outro lado, apresenta também desvantagens, e neste caso, as desvantagens centram-se no facto dos acompanhantes da vítima poderem não entender as instruções, poderem alterar o local para alcançar as instruções, alterarem a posição da vítima e contaminarem o local.

As equipas de emergência médica, ao serem ativadas, devem de imediato programar as suas ações. Em primeiro lugar, é de elevada importância determinar a segurança do local, como em todos os algoritmos, deve-se verificar as condições de segurança. (Gomes, 2014)

Ao chegar ao local, antes de abordar a vítima, a equipa deve observar de forma atenta o local e deve considerar os seguintes aspetos: localização da vítima, presença de sangue, (evitando pisar o mesmo), saber qual a posição em que a vítima foi encontrada e quais os itens que além da roupa estão na vítima. Uma vez no local, após este estar seguro, a equipa médica deve centrar-se nos cuidados de emergência, sendo esta a prioridade absoluta. Se a vítima estiver cadáver, deve preservar-se o local. A preservação inicia-se de imediato com pequenos gestos e ações que são fundamentais, tais como: tocar apenas no que for mesmo necessário, mover apenas o que for para mover, restringir a entrada de pessoas no local; se possível usar uma única entrada e saída e tentar não pisar fluidos, não fumar, comer ou beber no local. (Gomes, 2014)

Mesmo após estar garantida a segurança no local deve ter-se sempre presente que, a violência pode retomar a qualquer momento. Podem entrar no local diversas pessoas, algumas delas com atitudes e ações agressivas, a própria equipa médica pode ser confundida com a polícia, e mesmo com a presença de polícia no local a equipa médica

pode ser agredida. As equipas médicas não usam armas, nem coletes de proteção, como tal, alguns sinais de alerta e perigo devem servir de orientação para as equipas médicas perceberem que pode existir insegurança no local:

1. Movimentos suspeitos dentro dos veículos.
2. Agressões entre os intervenientes.
3. Agarrar ou ocultar objetos.
4. Sinais de abuso de álcool e/ou drogas.
5. Falta de atividade onde é habitual existir.

(Gomes, 2014)

Nas várias situações de abordagem ao indivíduo vítima de crime, o enfermeiro forense tem um papel primordial na preservação de provas forenses. De seguida, para cada situação de crime, estão enumerados os vários procedimentos a adotar pelo enfermeiro na recolha e preservação de vestígios forenses.

Trauma penetrante

No pré-hospitalar podemos encontrar diferentes tipos de trauma penetrante, no entanto, existem categorias que emergem de imediato como sendo as feridas incisas, que incluem cortes e feridas punctórias (também consideradas feridas provocadas por arma branca). As feridas incisas, em geral, dão pouca informação sobre o objeto que as produziu. Pode ser observada uma cauda que é criada quando o ângulo em que o objeto cortante perde o contacto com o tecido. A análise da presença de cauda numa ferida pode demonstrar a direção das forças que foram usadas na agressão. O principal objetivo é descrever as características das feridas, assim como, a localização e a dimensão das mesmas. Se a arma ainda estiver presente no local, deve ser guardada numa caixa (tendo especial atenção ao risco de dano na mesma). Se, para dar assistência médica à vítima for necessário cortar a roupa a equipa não deve cortar a roupa usando os orifícios já existentes, de preferência deve-se despir a roupa, mas se tal não for possível, deve-se cortar a mesma pelas costuras. De seguida deve-se guardar a roupa em sacos de papel. (Gomes, 2014)

Mortes resultantes da utilização de armas de fogo (homicídio/suicídio)

Na abordagem destas vítimas é normal ser feita exposição das zonas afetadas, este procedimento leva a que as equipas tenham que cortar a roupa. Como anteriormente já foi referido, idealmente a roupa deve ser despida, mas se tal não for possível, então a roupa deve ser cortada pelas costuras e nunca pelos buracos que existam, nomeadamente buracos que foram provocados pelo disparo. Quando a munição sai da arma emergem gazes quentes, tais como: pólvora queimada ou não queimada. Esta pólvora fica depositada na primeira superfície em que entra em contacto, sendo a maior parte das vezes, a roupa da vítima. A investigação criminal usa muitas vezes, a roupa para análise da presença de eventuais resíduos de pólvora. A análise da roupa pode indicar o tipo de munição usada, uma vez que os investigadores usam a arma suspeita e a munição suspeita para fazerem testes de disparo e para determinar a distância dos disparos entre o agressor e a vítima. O teste de disparo é comparado com a vítima e com a roupa. A roupa não deve ser colocada no chão, nem deve ser deixada na ambulância, amarrotada ou colocada em saco plástico. A roupa que estiver húmida deve ser envolvida em papel e colocada em sacos plásticos, (sem fechar) e colocar rótulos nos mesmos.

As mãos das vítimas também devem ser preservadas e protegidas, para tal, devem colocar-se sacos de papel até aos pulsos, para possibilitar a realização de eventuais posteriores exames. Não se devem limpar as mãos da vítima, e deve evitar-se puncionar veias no dorso da mão, usando, de preferência, locais centrais. (Gomes, 2014)

Marcas balísticas, impressões digitais ou outras evidências importantes podem estar presentes na bala que podem ligá-la a uma arma, local ou criminoso específico, e essas evidências podem ser destruídas se forem manuseadas de forma descuidada. Sempre que possível, as balas devem ser deixadas no local. Se for realizada a recolha dos invólucros das munições, deve ser colocada dentro de um copo de amostra rígido junto com um pedaço de compressa para protegê-la danos. (Foresman-Capuzzi, 2014)

Nos casos de disparos por arma caçadeira é importante recuperar a bucha plástica, sem causar alterações significativas da sua forma. (Gomes, 2014)

É imperativo que o enfermeiro que recolhe as balas não documente feridas de balas como ferimentos de entrada ou saída, porque isso pode ser difícil de determinar (mesmo para os especialistas forenses), deve apenas descrever o tamanho e a forma da(s) ferida(s), por exemplo, “2 mm” e “ovais”. (Eisert, et al., 2010)

Em relação às feridas, as equipas apenas devem limpar e desinfetar, em caso de extrema necessidade, porque a utilização de desinfetantes irá alterar a pele e os eventuais resíduos de pólvora que possam existir, serão destruídos e/ou contaminados o que terá implicações para os testes a serem desenvolvidos pela polícia científica. (Gomes, 2014)

Asfixia

Uma área do pré-hospitalar que tem impacto importante na investigação criminal é a categoria genérica da asfixia. Sem sinais externos de trauma, a asfixia pode não ser identificável na autópsia, daí ser muito importante documentar toda a informação do local da ocorrência. Os casos de asfixia que correspondem ao enforcamento merecem a nossa reflexão, uma vez que apresentam algumas particularidades: o laço nunca deve ser cortado ou desfeito, deve guardar-se o laço com o nó e colocar num envelope, as mãos da vítima devem ser envolvidas em sacos de papel.

Pela ação da gravidade os livores, em geral, estão localizados na parte inferior do corpo, se a sua disposição for diferente, pode indicar que a morte pode não ter sido provocada por enforcamento. Nos casos de enforcamento deve descrever-se, na verificação do óbito, os seguintes dados: tipo de corda, peso aproximado da vítima, tipo de suspensão (completa ou incompleta) e outras lesões presentes. (Gomes, 2014)

Falamos de suspensão completa quando não existe qualquer parte do corpo em contacto com uma superfície. Um aspeto importante a descrever é a presença ou ausência de sulco e as suas características, porque pode ajudar a distinguir entre a etiologia médico-legal homicida e suicida. (Gomes, 2014)

No enforcamento em geral apresenta a forma de um sulco é em forma V invertido, enquanto no estrangulamento por laço ocorre muitas vezes um sulco circular em volta do pescoço. Pode existir interrupção da marca, uma vez que a vítima pode colocar os dedos entre o pescoço e o laço. É preciso ficar claro na documentação, se estamos perante uma asfixia por sufocação ou asfixia por estrangulamento. Na sufocação é importante distinguir entre engasgamento e estrangulamento. O engasgamento é geralmente acidental, enquanto o estrangulamento pode ser acidental ou intencional.

Nos diversos tipos de asfixia as equipas de emergência médica, tem um papel muito importante na documentação do local e da vítima, estas informações são muitas vezes um guia de orientação para a investigação criminal. (Gomes, 2014)

Abuso sexual

Grande parte das vítimas de abuso sexual é transportada ao hospital pela autoridade ou por familiares. É preciso abordar a vítima com calma e de forma empática, assim como também é importante providenciar de imediato privacidade, e evitar exposição pública da vítima. As vítimas tornam-se mais colaborantes com os procedimentos médico-legais, que fazem parte da avaliação de vítimas de abuso, se a primeira abordagem for de apoio e de compreensão. (Gomes, 2014)

Na abordagem da vítima, as equipas médicas devem saber que apenas devem tocar nas áreas do corpo necessárias à estabilização e avaliação da mesma, tendo muito cuidado na sua exposição. Devem evitar examinar a região perineal (só se existir sinais de hemorragia é que devem fazê-lo). Se a vítima estiver em casa, e se trocou de roupa, deve-se solicitar a roupa usada durante o abuso, e preservar a mesma, em sacos de papel, a fim de acompanhar a vítima. (Gomes, 2014)

(Gomes, 2014) afirma que as equipas de emergência que abordam em primeira linha as vítimas de abuso, devem abordar as lesões adequadamente e tratá-las de forma correta. A maioria das vítimas deve ser levada para uma unidade hospitalar, que tenha facilidade em providenciar avaliação forense das lesões, recolha de vestígios e tratamento adequado das lesões. Deve-se explicar à vítima a importância que a roupa tem na perícia médico-legal e documentar qualquer informação que a vítima voluntariamente referiu sobre o abuso. Deve-se também assinalar que foi depoimento voluntário da vítima e descrever as palavras exatas e deixá-la falar espontaneamente e voluntariamente.

Deve ser guardado o lençol da maca da ambulância, onde a vítima esteve deitada, porque pode conter vestígios (fibras, cabelos, lixo, etc.), o lençol deve ser colocado num saco de papel, posteriormente selado e identificado.

Segundo (Gomes, 2014), nos abusos sexuais em geral o trauma físico é menor, as lesões físicas que a mulher pode apresentar podem ser: lacerações, equimoses, abrasões e rubor.

Por vezes as lesões podem ser difíceis de observar. Os abusadores muitas vezes usam força suficiente para obter cooperação da vítima. Alguns métodos usados podem incluir: estalos, perfuração, agarrar, estrangular, puxar cabelo, cortar, morder, contenção de membros. A abordagem no pré-hospitalar deve focar a sua atenção nas áreas de desconforto e dor e se possível não se deve remover a roupa. Deve-se descrever as lesões objetivamente e em termos de localização anatómica, da esquerda para a direita, de dentro para fora. Importa anotar o tamanho aproximado, a presença de hemorragia, deformidade e a coloração do tecido. As equipas não devem lavar as feridas, especialmente as marcas de dentadas, uma vez que podem conter DNA, que possa permitir a identificação de um perfil genético, através da saliva do agressor. Deve-se evitar a aplicação de gelo, como forma de redução de edema porque é importante não afetar a visualização da ferida para posterior fotografia.

2.METODOLOGIA

Prática baseada em evidências é a utilização da melhor evidência científica para subsidiar a tomada de decisão clínica. Identificar a melhor evidência requer adequada construção da pergunta de pesquisa e de revisão da literatura. (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007)

A elaboração da pergunta de pesquisa e a pesquisa bibliográfica permitem que o profissional da área clínica ou acadêmica consiga de modo eficiente a melhor informação disponível. A estratégia PICO (acrônimo para P: população/pacientes; I: intervenção; C: comparação; O: outcome) é utilizada para auxiliar o que de fato a pergunta de pesquisa deve especificar. (Santos & Galvão, 2014).

Segue apresentado na tabela 1 os elementos fundamentais utilizados para a construção da questão de pesquisa.

População	Enfermeiros Pré-Hospitalar
Intervenção	Preservação e Recolha de vestígios forenses
Comparação	Ausente
Outcomes	Garantir a eficácia na preservação e recolha de vestígios forenses

Tabela 1: elementos da questão PICO

Após estabelecidos os elementos referidos anteriormente, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: *“Quais as intervenções do enfermeiro em contexto de Pré-Hospitalar na preservação e recolha de vestígios forenses?”*

A colheita de dados ocorreu durante o mês de fevereiro de 2022 na base de dados: PubMed. Definiu-se para a pesquisa bibliográfica de evidências os seguintes descritores e operados booleanos: preservation evidences AND forensic nursing AND prehospital emergency care.

Definiram-se como critérios de inclusão: Artigos de idioma inglês e português, apresentados em texto integral, cujo título e/ ou resumo fizessem referência à temática compreendidos entre 2010 e 2022.

Da pesquisa nas bases de dados, resultou na identificação de 14 artigos. Num primeiro

momento, foi realizada uma leitura dos títulos. Posteriormente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação da qualidade metodológica, estabeleceu-se uma amostra de 3 artigos. Após análise dos 3 artigos incluíram-se todos para elaboração da revisão. Para que fosse possível uma apresentação de dados mais objetiva, foi elaborado um Diagrama Prisma (Figura 1).

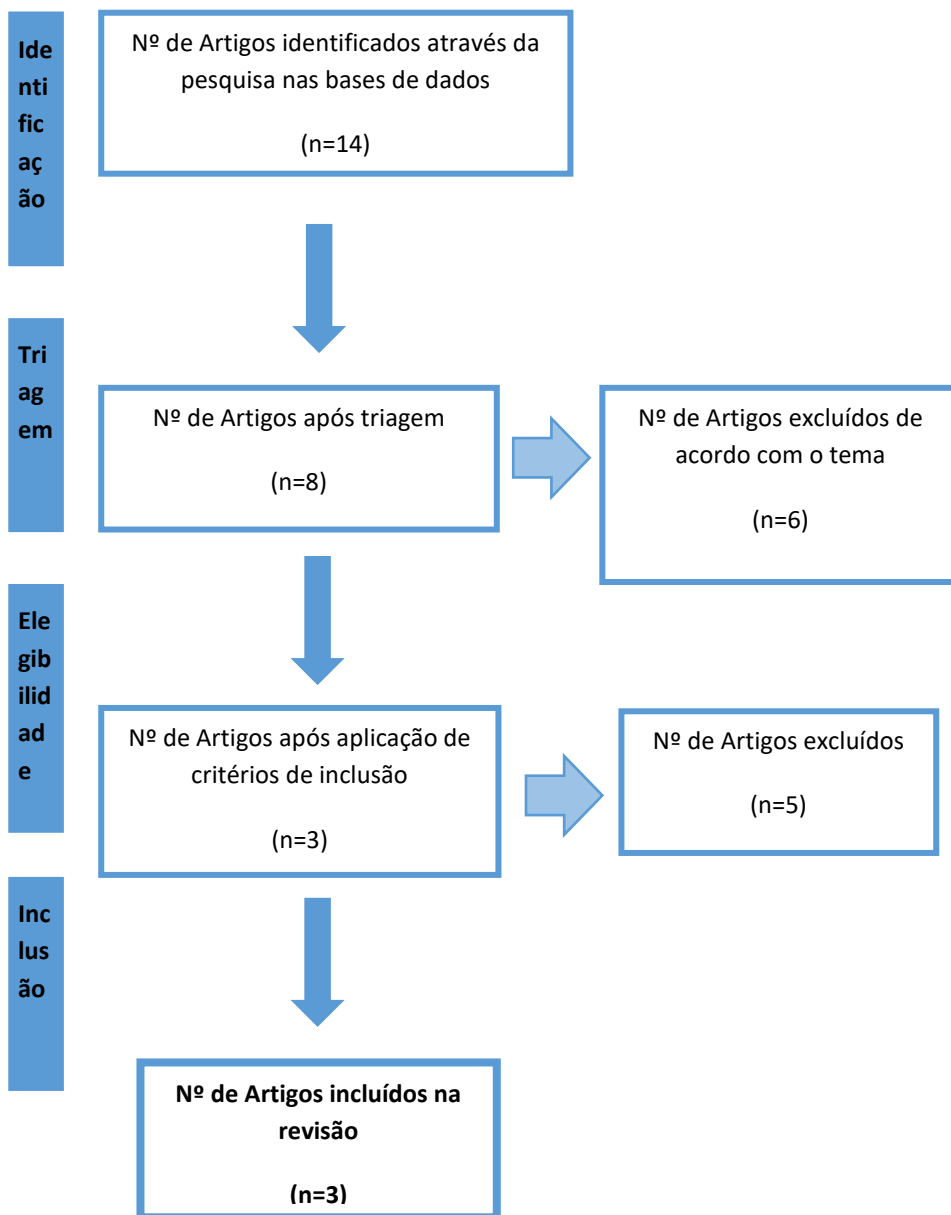


Figura 1-Diagrama Prisma

3.RESULTADOS

Artigo 1	Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments
----------	--

Referências	Peel, M (2016) Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments. <i>Emergency Nurse</i> . 24 (7), 20-26. doi: 10.7748/en.2016.e1618
Objetivo	Fornecer uma visão geral das evidências forenses e explicar como os enfermeiros de emergência podem preservar e recolher amostras de forma eficaz.
Resumo	As vítimas de violência muitas vezes procuram assistência em departamentos de emergência, por isso os enfermeiros devem saber identificá-los e por outro lado proteger as evidências que poderiam apoiar qualquer processo legal subsequente. Os Enfermeiros treinados para identificar, recolher e preservar a evidência forense pode apoiar a identificação, eliminação e acusação de suspeitos.
Conclusões	Os enfermeiros estão numa posição ideal para identificar, preservar e recolher evidências. A formação nesta área torna-se importante, uma vez que os enfermeiros podem desempenhar o seu papel sem causar atrasos no tratamento das vítimas.

Tabela 2-tabela de evidências artigo 1

Artigo 2	CSI & U: COLLECTION AND PRESERVATION OF EVIDENCE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT
Referências	Foresman-Capuzzi, J. (Maio de 2014).CSI & U: COLLECTION AND PRESERVATION OF EVIDENCE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. doi:10.1016/j.jen.2013.04.005
Objetivo	Explicar como recolher evidências básicas
Resumo	Com o aumento de incidência de violência, os enfermeiros de emergência estão em posição especial para identificar, avaliar e tratar esses doentes e

	<p>simultaneamente recolher e preservar evidências.</p> <p>Embora a necessidade de expandir o papel do enfermeiro de emergência para incluir o conhecimento forense tivesse crescido, obter evidências através dos doentes, continua a ser um desafio, apesar da propagação de recursos e evidências.</p> <p>É importante manter um comportamento questionador para que o enfermeiro reconheça a necessidade de recolher e preservar evidências, especialmente se a queixa principal do paciente ou a mecanismo de lesão não é óbvio no início. Frequentemente casos são ganhos ou perdidos com base no tratamento de provas.</p>
Conclusões	<p>Embora a recolha e a preservação de evidências possam adicionar um elemento interessante e às vezes emocionante à enfermagem, cabe ao enfermeiro lembrar, em primeiro lugar, que há uma pessoa que precisa de cuidados, que também pode ser uma vítima. O enfermeiro assume a responsabilidade de promover melhores resultados, prestando cuidados únicos e específicos.</p>

Tabela 3-tabela de evidências artigo 2

Artigo 3	Development of Forensic Evidence Collection Guidelines for the Emergency Department
Referências	Eisert, P. J., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'Brien, P., . . . S. March, K. (2010). Development of Forensic Evidence Collection Guidelines for the Emergency Department. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181d913b4
Objetivo	Desenvolver um conjunto de diretrizes para recolha de evidências forenses no pronto-socorro ou na sala de cirurgia
Resumo	Os enfermeiros do departamento de emergência atendem vítimas de trauma quase diariamente. Embora a preservação das

	<p>evidências seja crucial, o pronto-socorro é caótico quando um paciente traumatizado chega e os profissionais devem fazer todo o possível para salvar a vida do paciente. No entanto, uma responsabilidade integral da equipa de enfermagem é a recolha e a preservação de evidências forenses. Este artigo fornece informações sobre o processo realizado por uma equipa multidisciplinar para desenvolver um conjunto de diretrizes baseadas em evidências para coleta de evidências forenses. A equipa compilou evidências de mais de 20 artigos e consultas com autoridades policiais e especialistas forenses.</p> <p>Os tópicos educacionais incluíram reconhecimento de evidências, manusear roupas, documentação, embalagem de evidências e uso do formulário de “cadeia de evidências”. As modificações na prática incluíram o desenvolvimento de um novo formulário de “cadeia de evidências”, um carrinho forense na sala de cirurgia e o uso de uma caixa plástica dobrável para recolha de roupas no pronto-socorro.</p>
Conclusões	<p>Frequentemente as vítimas de violência dão entrada no serviço de urgência. A equipa de enfermagem tem a oportunidade única de reconhecer, recolher e preservar as evidências forenses. Consequentemente, estas funções só podem ser realizadas se existir formação nas equipas e no desenvolvimento de diretrizes institucionais.</p>

Tabela 4-tabela de evidências artigo 3

4.ANÁLISE/DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os autores dos 3 artigos vão de encontro às mesmas ideias. Referem que os enfermeiros da área de emergência estão em contato próximo com vítimas de trauma quase diariamente. E que embora a preservação de provas seja crucial, a prioridade é socorrer a vítima. O doente deve ser cuidadosamente avaliado e o tratamento não pode ser adiado para recolha de evidências forenses. No entanto, afirmam que uma responsabilidade da equipa de enfermagem é a recolha e preservação de evidências forenses.

(Foresman-Capuzzi, 2014) afirma que com o aumento de incidência de trauma e violência, os enfermeiros que trabalham na área de emergência estão numa posição especial para identificar, avaliar e tratar esses doentes e simultaneamente recolher e preservar provas. Este mesmo autor menciona também que a Associação Internacional de Enfermeiros Forenses afirma que um objetivo de fazer com que os enfermeiros recolham e preservem as provas é “promover um nível de conhecimento e conforto que permitirá ao enfermeiro dar continuidade ao cuidado ao doente e reconhecimento e preservação de evidências forenses recolhidas da instituição de saúde aos tribunais...”

Nos 3 artigos é referido que ter uma abordagem imparcial como defensor da verdade e da justiça, e ao mesmo tempo cuidar do doente de forma holística, é fundamental. O enfermeiro é eticamente obrigado a cuidar de qualquer doente sem julgamentos, independentemente deste ser vítima ou agressor. Ao cuidar é vital lembrar que o bem-estar do doente tem precedência sobre a recolha de provas forenses.

Os enfermeiros devem ouvir os seus sentimentos, intuição e sexto sentido sobre a situação e plano para a potencial necessidade de recolher provas.

É importante manter um comportamento questionador para que o enfermeiro reconheça a necessidade de recolher e preservar a evidência, especialmente se a queixa principal do doente ou o mecanismo de lesão não for inicialmente perceptível. (Peel, 2016)

Tanto no Artigo 1 como no Artigo 2, os autores definem prova como sendo os “dados apresentados ao tribunal para provar ou refutar uma alegação” e pode ser informativa ou física.

A evidência informativa pode incluir história, expressões ou observações como odores. A obtenção de um histórico inclui a realização de documentação excelente e descritiva, que está incluída como parte da prova informativa. O que se ouve, cheira, e vê é tão importante quanto o que é dito ou não dito.

A evidência física é evidência real e tangível que pode ser medida, visualizada ou analisada. (Peel, 2016)

A evidência de vestígios é pequena ou microscópica e é não visível a olho nu. A evidência física pode ser recolhida segundo o princípio de Locard, que é uma troca ou transferência de provas quando dois itens entram em contato um com o outro. Essa transferência de evidência física é valiosa para a aplicação da lei para vincular um

suspeito ou localização a uma vítima e vice-versa, porque cada contato deixa algum tipo de prova. (Foresman-Capuzzi, 2014)

Em relação à cadeia de custódia os autores (Foresman-Capuzzi, 2014) e (Eisert, et al., 2010) afirmam que a cadeia de custódia são documentos necessários para garantir que não ocorra adulteração de provas; estes documentos servem para autenticar a prova e a sua localização até que seja usado pelos tribunais. O registo deve ser mantido de onde a evidência estava e com quem estava. Cada vez que a evidência muda de mãos, deve ser realizado um registo de transferência e assinado por cada parte no momento da transferência.

Este caminho, e a documentação escrita subsequente, num formulário de cadeia de custódia, garantirá a veracidade da prova. Como tal, faz sentido minimizar o número de vezes que a evidência é tratada.

Em relação ao formulário da cadeia de custódia os autores dos 3 artigos estão de acordo que deve estar registada a informação do doente (nome do doente/número da ocorrência), nome da pessoa que recolhe as provas, a transferência de provas (nome da pessoa que entrega e recebe as provas). Este formulário deve acompanhar as provas.

(Peel, 2016) refere que para que as provas sejam aceites em tribunal, e para manter a cadeia de custódia, devem ser devidamente rotulados. Se a polícia estiver presente, as provas podem ser entregues a eles diretamente para identificação, mas se não forem, essa responsabilidade é do profissional de saúde que recolhe as provas.

Os 3 artigos baseiam-se nos mesmos conceitos e pareceres, como tal de seguida é realizada uma explicação do procedimento a ser realizado pelo enfermeiro.

(Foresman-Capuzzi, 2014) e (Eisert, et al., 2010) defendem que primeiramente ter um kit de recolha de provas que possa ser facilmente acessível pode ajudar a facilitar o processo. Este kit pode ser criado por alguém da equipa usando equipamentos necessários para a recolha e preservação de provas. As vantagens da criação de um kit é que este pode ser facilmente levado para qualquer local onde seja necessário e se for padronizado, todos os membros da equipa podem trabalhar com os mesmos materiais e da mesma forma.

Usar uma caixa plástica lisa para colocar os materiais de recolha de provas permitirá para ser facilmente limpa.

O procedimento definido pelos autores dos 3 artigos implica o uso de luvas e os restantes equipamentos de proteção individual, conforme apropriado, no manuseamento de evidências, devendo trocá-las com frequência para evitar a contaminação cruzada.

Nos 3 artigos é explicada as intervenções que o enfermeiro deve ter na recolha e preservação de provas forenses.

As provas devem ser colocadas num saco de papel separadas e etiquetadas com o nome da vítima, o nome do profissional que recolheu a prova, data/hora da recolha, conteúdo e a sua origem.

As lesões dos doentes podem fornecer uma grande quantidade de evidência forense, como tal, informações objetivas (localização e tamanho) sobre as feridas devem ser documentadas antes de intervenções clínicas, como limpeza, encerramento ou cirurgia exploratória, porque pode resultar na perda de provas. Se uma intervenção médica alterou uma ferida, terá de ser documentado também.

No caso de uma vítima com lesões em risco de vida, onde o tempo é crítico, os enfermeiros podem desenhar um simples diagrama com medidas aproximadas. (Eisert, et al., 2010)

A ferida também pode refletir características da arma usada, como um picador de gelo, chave de fenda, ou um garfo, e deve ser descrito com precisão.

Ao documentar, é importante lembrar que é melhor descrever qualquer lesão como “ferida” e evitar usar outros termos, como “laceração”, “perfuração” ou “abrasão”. (Peel, 2016)

(Foresman-Capuzzi, 2014) alerta para o facto de o enfermeiro ter de avaliar a superfície posterior dos antebraços, bem como as palmas das mãos, porque lesões nessas regiões são denominadas feridas defensivas e podem ser lesões de força contundente ou cortante. Ou seja, podem indicar que o doente teve os braços erguidos para proteger a cara do ataque, ou até mesmo que pegou uma arma afiada. A superfície posterior das coxas também deve ser observada, especialmente em doentes grávidas, que muitas vezes

colocam os joelhos para proteger a barriga. A presença ou ausência deste tipo de lesão também deve ser documentada.

Após a análise dos 3 artigos, conclui-se que a roupa pode ser de importância crítica na investigação de um crime.

A roupa deverá ser cortada pelas costuras, se possível. Deve-se evitar cortar buracos, rasgos ou manchas. Quando a roupa do doente é removida, não deve ser sacudida nem colocada diretamente no chão para as provas não fiquem contaminadas. (Eisert, et al., 2010)

Caso as roupas do doente necessitem de ser removidas com urgência, embora a prática não seja a ideal, poder-se-á colocar um lençol branco limpo no chão separando cada peça de roupa. Se a roupa estiver seca, colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados. O calçado pode ser uma prova valiosa e cada sapato deve ser colocado em sacos de papel separados e manuseados como roupas. (Foresman-Capuzzi, 2014)

Para recolher um maior número de provas deve-se também usar o lençol da maca onde a vítima se deitou. (Peel, 2016)

Em relação à recolha de balas todos os autores destes artigos referem que se deve manusear as balas ou invólucros com pinças com ponta de borracha ou pinças com compressas sobre as extremidades para evitar danos. Deve-se armazenar as balas num copo de amostra de plástico com uma compressa no fundo do recipiente e colocar uma bala por recipiente.

É imperativo que o enfermeiro que recolhe as balas não documente feridas de balas como ferimentos de entrada ou saída, porque isso pode ser difícil de determinar (mesmo para os especialistas forenses), deve apenas descrever o tamanho e a forma da(s) ferida(s), por exemplo, “2 mm” e “ovais”. (Foresman-Capuzzi, 2014)

As armas devem ser colocadas numa caixa grande e rígida, se a polícia estiver no colocar deve ser entregue à autoridade. (Eisert, et al., 2010)

Quando o doente não responde às medidas de ressuscitação e morre, o planeamento e o cuidado forense devem continuar. Deve-se minimizar mexer no corpo, que inclui os cuidados pós-morte típicos, como limpeza, que pode distorcer feridas ou limpar

evidências. Assim cateteres e tubos devem ser deixados no corpo. Qualquer punção venosa ou ferida de ressuscitação devem ser circundados com um marcador permanente. As feridas de ressuscitação podem ser tratadas se necessário, mas as feridas pré-existentes devem ser deixadas sem tratamento para não adulterar as provas. Devem ser colocados sacos de papel nas mãos e nos pés e fixados no pulso e tornozelos com fita, especialmente se houver suspeita de uso de arma de fogo. É também importante deixar o corpo no lençol em que o doente foi socorrido. (Foresman-Capuzzi, 2014)

Um dos métodos de recolha e de registo de provas é a fotografia. Segundo (Eisert, et al., 2010), deverá obter-se um consentimento do doente ou familiares para tirar fotografias. As fotografias do doente devem conter o rosto e corpo e ser for possível é importante fotografar cada ferida individualmente. Primeiramente, deverá tirar-se uma fotografia de orientação (identificação da parte do corpo), seguido de uma da lesão com e sem escala. Uma escala que possa ser usada para determinar a comparação de tamanho é por exemplo uma moeda ou uma seringa.

Os enfermeiros devem evitar manipular ou tentar desligar telemóveis, tablets ou computadores dos doentes, pois exigem análise forense por especialistas. (Foresman-Capuzzi, 2014)

Por último, os autores dos 3 artigos mencionam que os enfermeiros devem ter cuidado ao escolher um local para colocar um cateter venoso. A melhor prática forense determina que, se possível, não deve ser colocado na mão de qualquer pessoa envolvida num tiroteio, seja uma vítima ou um agressor.

CONCLUSÃO

Cada vez mais, o crime aumenta a cada ano que passa e, como resultado os enfermeiros socorrem muitas vezes vítimas deste género, como tal, têm a oportunidade única de executar procedimentos que visam preservar os vestígios forenses. Para que tal possa ocorrer, estes têm que possuir um conhecimento rigoroso na área da Enfermagem Forense, através de uma formação sólida sobre como os vestígios podem ser contaminados ou mesmo destruídos durante a assistência à vítima e quais os procedimentos, intrínsecos à prestação de cuidados, a adotar para garantir a sua preservação.

Com a evolução da sociedade, o exercício da profissão de Enfermagem exige uma prática profissional progressivamente mais complexa, diferenciada e humanizada, de forma a satisfazer as exigências da população. A Ciência de Enfermagem, procura a excelência do exercício tanto no domínio do desenvolvimento do cuidado, como na gestão, na investigação e formação dos seus profissionais.

Este estudo permitiu perceber a importância da enfermagem forense na prestação de cuidados. A preservação de provas e vestígios forenses, engloba procedimentos nos quais o enfermeiro se torna um interveniente fundamental, não só por se tratar do profissional de saúde que muitas vezes é o primeiro a contactar com as vítimas, mas também pelo facto das ciências forenses, serem constituídas por um conjunto de áreas disciplinares científicas interligadas, onde cada vez mais faz parte do léxico e da prática de enfermagem, auxiliando os tribunais na busca e aplicação da justiça social.

Por isso, conclui-se que quando os enfermeiros de emergência são formados e treinados em recolha e preservação de provas, a prática pode tornar-se uma parte automática e integral da abordagem do doente que não atrasa o tratamento.

Em suma, embora a recolha e a preservação de evidências possam adicionar um elemento interessante e às vezes emocionante à enfermagem, cabe ao enfermeiro lembrar, em primeiro lugar, que há uma pessoa que precisa de cuidados, que também pode ser uma

vítima. O enfermeiro assume a responsabilidade de promover melhores resultados, prestando cuidados únicos e específicos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apeforense. (2015). *Associação Portuguesa de Enfermagem Forense*. Obtido de <http://apeforense.blogspot.pt>
- Braz, J. (2010). *Investigação Criminal – a organização, o método e a prova: os desafios da nova criminalidade*. Coimbra: Almedina.
- Costa, N. (2010). *Atitude médica perante uma vítima de Ferimento por arma de fogo: como proceder. Dissertação de mestrado*. Obtido de Faculdade de Medicina – Universidade do Porto: <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/53698>
- Crane, P. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing*.
- Eisert, P. J., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'Brien, P., . . . S. March, K. (2010). Development of Forensic Evidence Collection Guidelines for the Emergency Department. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181d913b4
- Foresman-Capuzzi, J. (Maio de 2014). CSI & U: COLLECTION AND PRESERVATION OF EVIDENCE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. doi:10.1016/j.jen.2013.04.005
- Galvão da Silva, F. (2006). Preservação da cadeia de custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação atual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos.
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*. Lisboa: Lidel.
- Gonçalves, S. (2011). *Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses*. Obtido em 25 de fevereiro de 2022, de Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências: <http://hdl.handle.net/10216/57083>
- Lynch, V. A. (2011). *Forensic nursing science*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Mcgillivray, B. R. (2005). The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidences: a review of the literature. *elservierhealth*.
- Peel, M. (2016). Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments.
- Santos, C. D. (2013). *Contributos para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal*.
- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (Junho de 2007). *The PICO strategy for the research question construction and evidence search*.
- Santos, M. A., & Galvão, M. G. (2014). *The formulation of a well-built research question*.


Silva, K. B., & de Cássia Silva, R. (2009). *ENFERMAGEM FORENSE: UMA ESPECIALIDADE A CONHECER*, pp. 564-568.

APÊNDICE III: Formação Práticas forenses do Enefermeiro em contexto Extra-hospitalar

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INICIA COM O CUIDADO

*Práticas
Forenses do
Enfermeiro em
contexto
Extra-Hospitalar*

Trabalho realizado por: Filipa Silva
07/03/2022



Enfermagem Forense

- ▶ Em 1984, Virginia Lynch tornou-se a primeira enfermeira dos Estados Unidos da América com competências em investigação médico-legal em cadáveres, e em 1991, foi a grande responsável para que a American Academy of Forensic Sciences (AAFS) reconhecesse a enfermagem forense como uma ciência. *(Gomes, 2014)*
- ▶ A enfermagem forense foi reconhecida como uma especialidade de enfermagem no ano de 1992 nos Estados Unidos da América, através da criação da International Association Forensic Nursing (IAFN). *(Silva & de Cássia Silva, 2009)*
- ▶ Em 2011, foi dado um passo significativo na implementação e reconhecimento da enfermagem forense em Portugal, com a criação da Associação Portuguesa de Enfermagem forense (APEFORENSE).

- ▶ Esta disciplina combina os conceitos gerais da enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais. Promove num contexto clínico forense, cuidados diretos às vítimas, ofensores e a todos quantos testemunham situações de violência, aplicando a ciência forense à prestação de cuidados de enfermagem. *(APEFORENSE, 2015)*



Preservação e recolha de provas e vestígios no Pré-Hospitalar

- ▶ Uma prova é um indício, sinal ou uma evidência que serve para estabelecer a verdade de algo, enquanto um vestígio também pode ser uma prova só que mais frágil e menos visível.
- ▶ As provas são meios ou instrumentos que vão justificar e fundamentar as convicções, com visa a convencer o tribunal da existência ou inexistência dos fatos, tendo como finalidade suportar posteriores juízos jurídicos e uma eventual condenação.

(Braz, 2010)



- ▶ Segundo (Galvão da Silva, 2006) os vestígios podem ser definidos quanto à sua origem: **lofoscópicos** (impressões digitais, palmares e plantares), **biológicos** (sangue, saliva, sêmen, secreções, ossadas, cabelos, pelos, entre outros) ou **físico-químicos** (armas de fogo objetos perfurantes, cortantes, rastos de pneus).
- ▶ Edmond Locard, defende um princípio “No local do crime ficam inevitavelmente, vestígios do criminoso que por sua vez transporta consigo voluntária ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato criminoso”. (Gomes, 2014)

- ▶ Um dos métodos de recolha e de registo de provas é a fotografia. Deverá obter -se um consentimento do doente ou familiares para tirar fotografias. Essas devem conter o rosto e corpo e ser for possível é importante fotografar cada ferida individualmente.
- ▶ Primeiramente, deverá tirar -se uma fotografia de orientação (identificação da parte do corpo), seguido de uma da lesão com e sem escala

(Eisert, et al., 2010)



- ▶ Todos os procedimentos efetuados desde a identificação, recolha, análise e interpretação, passando pela preservação e transporte da prova, devem ser minuciosamente registados.
- ▶ Esse registo deve ter início no momento em que o vestígio é encontrado.
- ▶ Documentar: a hora, data, local e identificação de quem fez a recolha e se possível um registo fotográfico.
- ▶ Todas as manipulações e tratamentos dados ao vestígio devem ser descritas e explicitadas
- ▶ Toda a operação que exija abertura do conteúdo de vestígio deve ficar registada, não só quem é que procedeu à manipulação do vestígio, mas também o momento e o local.



(Braz, 2010)

- ▶ Quanto menos pessoas manusearem os vestígios, melhor será para a manutenção da cadeia de custódia.
- ▶ As equipas de emergência devem ter, nas suas viaturas 3 itens importantes para a preservação de vestígios : sacos de papel de vários tamanhos, câmara fotográfica com flash, envelopes e etiquetas.
- ▶ Os aspetos mais importantes a registar são:
 - Condição em que a vítima se encontra
 - Local em redor
 - Tratamento realizado
 - Provável cenário que tenha ocorrido

(Gomes, 2014)

(Gomes, 2014) propõe um documento de registos forenses que pode ser utilizado pelos enfermeiros no pré-hospitalar

The form is divided into several main sections:

- Identificação (Identification):** Includes fields for patient name, date, sex, age, and weight.
- Antecedentes pessoais (Personal History):** Fields for medical history and current medications.
- Atuação (Action):** A section for recording interventions performed, such as first aid or transport.
- Sinais de morte (Signs of Death):** A section for recording vital signs and other indicators.
- Preservação de vestígios (Preservation of Evidence):** A table with columns for 'Vestígios' (Evidence), 'Proteção' (Protection), and 'Recorte' (Cutting). It lists various types of evidence like fingerprints, footprints, and clothing.
- Observações (Observations):** A large text area for recording observations.
- Hipóteses de diagnóstico (Diagnostic Hypotheses):** A section for recording the suspected cause of death.
- Local (Location):** Fields for recording the location and activity of the patient.
- Estimativa (Estimation):** A section for recording the estimated time of death.

Abordagem do enfermeiro nas diversas situações

- ▶ As equipas de emergência médica, ao serem ativadas, devem de imediato programar as suas ações. Em primeiro lugar, é de elevada importância determinar a segurança do local, como em todos os algoritmos, deve -se verificar as condições de segurança.
- ▶ Ao chegar ao local, antes de abordar a vítima, a equipa deve observar de forma atenta o local e deve considerar os seguintes aspetos: localização da vítima, presença de sangue, (evitando pisar o mesmo), saber qual a posição em que a vítima foi encontrada e quais os itens que além da roupa estão na vítima.



(Gomes,2014)

- ▶ A preservação inicia -se de imediato com pequenos gestos e ações que são fundamentais, tais como: tocar apenas no que for mesmo necessário, mover apenas o que for para mover, restringir a entrada de pessoas no local; se possível usar uma única entrada e saída e tentar não pisar fluidos, não fumar, comer ou beber no local.
- ▶ Alguns sinais de alerta e perigo devem servir de orientação para as equipas médicas perceberem que pode existir insegurança no local:

1. Movimentos suspeitos dentro dos veículos .
2. Agressões entre os intervenientes .
3. Agarrar ou ocultar objetos .
4. Sinais de abuso de álcool e/ou drogas.
5. Falta de atividade onde é habitual existir.



(Gomes,2014)

Trauma penetrante

- ▶ A ferida pode refletir características da arma usada, como tal devem ser descritas com precisão.
- ▶ Informações como localização e tamanho sobre feridas das vítimas devem ser registadas antes de intervenções clínicas, porque pode resultar na perda de provas. Se uma intervenção médica alterou uma ferida, terá de ser documentado também.
- ▶ No caso de uma vítima com lesões em risco de vida, onde o tempo é crítico, os enfermeiros podem desenhar um simples diagrama com medidas aproximadas .



- ▶ (Foresman-Capuzzi, 2014) alerta para o facto de o enfermeiro avaliar a superfície posterior dos antebraços, bem como as palmas das mãos, porque lesões nessas regiões são denominadas feridas defensivas e podem ser lesões de força contundente ou cortante.
- ▶ A superfície posterior das coxas também deve ser observada, especialmente em doentes grávidas, que muitas vezes colocam os joelhos para proteger a barriga. A presença ou ausência deste tipo de lesão também deve ser documentada

□ Registos:

- Localização das feridas.
- Presença de feridas de defesa.
- Padrão das lesões.
- Presença ou não de arma.

□ Recolha de vestígios :

- Recolha de roupa.
- Fotografia do corpo e das lesões.
- Recolha de amostra de sangue.
- Proteger as mãos com sacos de papel.

(Gomes,2014)

Mortes resultantes da utilização de armas de fogo (homicídio/suicídio)

Exposição das zonas afetadas: a roupa deve ser despida, mas se tal não for possível, então a roupa deve ser cortada pelas costuras e nunca pelos buracos que existam.

Quando se remove a roupa do doente, não se deve sacudir nem colocar diretamente no chão para as provas não fiquem contaminadas. (Eisert, et al., 2010)

Caso as roupas do doente necessitem de ser removidas com urgência, embora a prática não seja a ideal, poder-se-á colocar um lençol branco limpo no chão separando cada peça de roupa

Se a roupa estiver seca, colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados

Cada sapato deve ser colocado em sacos de papel separados e manuseados como roupas. (Foresman-Capuzzi, 2014)



Para recolher um maior número de provas deve -se também usar o lençol da maca onde a vítima se deitou

Manusear as balas ou invólucros com pinças com ponta de borracha ou pinças com compressas sobre as extremidades para evitar danos

Armazenar as balas num copo de amostra de plástico com uma compressa no fundo do recipiente e colocar uma bala por recipiente

O enfermeiro que recolhe as balas não deve documentar feridas de balas como ferimentos de entrada ou saída

As armas devem ser colocadas numa caixa grande e rígida, se a polícia estiver no local deve ser entregue à autoridade



(Foresman-Capuzzi, 2014)

- ▶ As mãos das vítimas também devem ser preservadas e protegidas, para tal, devem colocar-se sacos de papel até aos pulsos.
- ▶ Não se devem limpar as mãos da vítima, e deve evitar-se puncionar veias no dorso da mão, usando, de preferência, locais centrais.

(Gomes,2014)



□ Registos:

- Localização das feridas
- Tipo de feridas
- Resíduos de pólvora (presença ou ausência)
- Arma (presença ou ausência)
- Presença de cápsulas no local
- Nº de orifícios

□ Recolha de vestígios:

- Proteger mãos com sacos de papel
- Recolha de balas para envelope, ou frasco de urina.
- Recolha da roupa
- Recolha da arma
- Fotografar o corpo e as lesões, assim como enquadramento do corpo no local e arma
- Bloquear a arma antes de recolher

(Gomes,2014)

Asfixia

O laço nunca deve ser cortado ou desfeito, deve guardar-se o laço com o nó e colocar num envelope.

Pela ação da gravidade os livores, em geral, estão localizados na parte inferior do corpo, se a sua disposição for diferente, pode indicar que a morte pode não ter sido provocada por enforcamento.

Nos casos de enforcamento deve descrever-se, na verificação do óbito, os seguintes dados: tipo de corda, peso aproximado da vítima, tipo de suspensão (completa ou incompleta) e outras lesões presentes.

Descrever a presença ou ausência de sulco e as suas características, porque pode ajudar a distinguir entre a etiologia médico-legal homicida e suicida.



(Gomes, 2014)

- ▶ No enforcamento em geral apresenta a forma de um sulco é em forma V invertido, enquanto no estrangulamento por laço ocorre muitas vezes um sulco circular em volta do pescoço. Pode existir interrupção da marca, uma vez que a vítima pode colocar os dedos entre o pescoço e o laço.

□ Registos:

- Descrever tipo de corda.
- Tipo de suspensão
- Ponto de suspensão.
- Distância do chão.
- Posição do corpo.

□ Recolha de vestígios:

- Não cortar laço, deve seguir no corpo.
- Proteger as mãos com sacos de papel.
- Fotografia do corpo, enquadramento no local e do laço.



(Gomes,2014)

Abuso sexual

- ▶ Abordar a vítima com calma e de forma empática, assim como também é importante providenciar de imediato privacidade, e evitar exposição pública da vítima
- ▶ Apenas tocar nas áreas do corpo necessárias à estabilização e avaliação da vítima, tendo muito cuidado na sua exposição.
- ▶ Evitar examinar a região perineal (só se existir sinais de hemorragia é que devem fazê-lo).
- ▶ Se a vítima estiver em casa, e se trocou de roupa, solicitar a roupa usada durante o abuso, e preservar a mesma, em sacos de papel, a fim de acompanhar a vítima .



(Gomes,2014)

- ▶ A abordagem no pré-hospitalar deve focar a sua atenção nas áreas de desconforto e dor e se possível não se deve remover a roupa.
- ▶ Descrever as lesões objetivamente e em termos de localização anatómica, da esquerda para a direita, de dentro para fora. o tamanho aproximado, a presença de hemorragia, deformidade e a coloração do tecido.
- ▶ Não lavar as feridas, especialmente as marcas de dentadaç uma vez que podem conter DNA, que possa permitir a identificação de um perfil genético, através da saliva do agressor.
- ▶ Evitar a aplicação de gelo, como forma de redução de edema porque é importante não afetar a visualização da ferida para posterior fotografia .

Gomes,2014

Cuidados pós morte

- ▶ Quando o doente morre, deve-se minimizar mexer no corpo.
- ▶ Qualquer punção venosa ou ferida de ressuscitação devem ser circundados com um marcador permanente.
- ▶ As feridas de ressuscitação podem ser tratadas se necessário, mas as feridas pré-existentes devem ser deixadas sem tratamento para não adulterar as provas.
- ▶ Devem ser colocados sacos de papel nas mãos e nos pés, especialmente se houver suspeita de uso de arma de fogo.
- ▶ Deixar o corpo no lençol em que o doente foi socorrido.



(Foresman-Capuzzi, 2014)

Considerações finais

- ▶ Se achar que foi cometido um crime, contactar de imediato a autoridade
- ▶ Se não existirem condições de segurança não entrar no local. Assim que houver condições de segurança, deve-se abordar a vítima e prestar os cuidados de socorro.
- ▶ Não tocar nem mover nada no local, a não ser que seja necessário para cuidar da vítima .
- ▶ Todos os elementos de emergência devem entrar e sair pelo mesmo local, não pisar ou caminhar por cima de fluidos que estejam no chão.
- ▶ Observar e documentar a localização original dos itens antes de os remover.
- ▶ Quando retirar a roupa da vítima, deixá-la se possível intacta. Não cortar a roupa pelos buracos feitos pelas armas de fogo ou armas brancas. Utilizar as costuras da roupa.
- ▶ Não prejudicar o socorro à vítima em prol da preservação de vestígios .
- ▶ Documentar os cuidados de emergência prestados à vítima .
- ▶ Se a vítima estiver cadáver, não tocar no corpo.

(Gomes, 2014)

- ▶ Usar sempre luvas e máscara.
- ▶ Colocar a roupa seca em sacos de papel e, nunca em sacos de plástico.
- ▶ Afastar todas as pessoas desnecessárias do local.
- ▶ Não fumar nem beber no local.
- ▶ Sempre que se suspeite de crime colocar sacos de papel nas mãos da vítima.
- ▶ Identificar os locais de punção venosa e drenagem, com círculos (caneta permanente).
- ▶ Não se deve ligar ou desligar quaisquer luzes ou aparelhos eletrodomésticos;
- ▶ Não se deve entrar e sair várias vezes do local da ocorrência.

(Gomes,2014)

Conclusão

- ▶ Cada vez mais, o crime aumenta a cada ano que passa e, como resultado os enfermeiros socorrem muitas vezes vítimas deste género, como tal, têm a oportunidade única de executar procedimentos que visam preservar os vestígios forenses.
- ▶ Com a evolução da sociedade, o exercício da profissão de Enfermagem exige uma prática profissional progressivamente mais complexa, diferenciada e humanizada, de forma a satisfazer as exigências da população.
- ▶ A Ciência de Enfermagem, procura a excelência do exercício tanto no domínio do desenvolvimento do cuidado, como na gestão, na investigação e formação dos seus profissionais.

- ▶ Este estudo permitiu perceber a importância da enfermagem forense na prestação de cuidados. A preservação de provas e vestígios forenses, engloba procedimentos nos quais o enfermeiro se torna um interveniente fundamental.
- ▶ Por isso, conclui-se que quando os enfermeiros de emergência são formados e treinados em recolha e preservação de provas, a prática pode tornar-se uma parte automática e integral da abordagem do doente que não atrasa o tratamento.

Referências Bibliográficas

- ▶ APEFORENSE. (2015). *Associação Portuguesa de Enfermagem Forense*. Obtido de <http://apeforense.blogspot.pt>
- ▶ Braz, J. (2010). *Investigação Criminal – a organização, o método e a prova: os desafios da nova criminalidade*. Coimbra: Almedina.
- ▶ G., O'Brien, P., . . . S. March, K. (2010). Development of Forensic Evidence Collection Guidelines for the Emergency Department. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181d913b4
- ▶ Foresman-Capuzzi, J. (Maio de 2014). CSI & U: COLLECTION AND PRESERVATION OF EVIDENCE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. doi:10.1016/j.jen.2013.04.005
- ▶ Galvão da Silva, F. (2006). *Preservação da cadeia de custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação atual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos*.
- ▶ Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*. Lisboa: Lidel.
- ▶ Gonçalves, S. (2011). *Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses*. Obtido em 25 de fevereiro de 2022, de Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências: <http://hdl.handle.net/10216/57083>

- ▶ Lynch, V. A. (2011). *Forensic nursing science*. St. Louis: Elsevier/Mosby.
- ▶ Peel, M. (2016). Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments.
- ▶ Silva, K. B., & de Cássia Silva, R. (2009). *ENFERMAGEM FORENSE: UMA ESPECIALIDADE A CONHECER*, pp. 564-568.

ANEXO I- Proposta de registo forense Pré-Hospitalar por (Gomes, 2014)

Ocorrência							
<input type="checkbox"/> Veículo 2 rodas	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Arma fogo	<input type="checkbox"/> Submersão				
<input type="checkbox"/> Veículo ligeiro	<input type="checkbox"/> Queda _____ m	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Queimadura				
<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outro _____						
Identificação							
Local Da Ocorrência _____						Data ____/____/____	
Nome _____						Hora □ □ h : □ □ m	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Idade □ □		Anos <input type="checkbox"/>			
				Meses <input type="checkbox"/>			
				Dias <input type="checkbox"/>			
Raça	Altura	Peso	Cor olhos	Cor cabelo	Barba	Sinais	Tatuagem
Antecedentes pessoais				Hábitos farmacológicos			
Atuação							
<input type="checkbox"/> EOT	<input type="checkbox"/> Fármacos	Drenagem torácica local					
<input type="checkbox"/> Acesso venoso	_____	_____					
<input type="checkbox"/> Desfibrilhação	_____	_____					
<input type="checkbox"/> ENG	<input type="checkbox"/> Fluidos	_____					
<input type="checkbox"/> Algaliação	_____	Acesso venoso local					
<input type="checkbox"/> Dr. Torácica	_____	_____					
<input type="checkbox"/> Imobilização	_____	_____					
<input type="checkbox"/> Outros _____	_____	_____					
Sinais de morte							
<input type="checkbox"/> Rigidez	Etiologia médico-legal						
<input type="checkbox"/> Livores	<input type="checkbox"/> Homicídio						
<input type="checkbox"/> Arrefecimento	<input type="checkbox"/> Suicídio						
<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Acidente						

(continua)

(continuação)

Preservação de vestígios		
Vestígios	Proteção	Recolha
<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Fita	<input type="checkbox"/> Envelope
<input type="checkbox"/> Esperma	<input type="checkbox"/> Cone	<input type="checkbox"/> Tubo seco
<input type="checkbox"/> Roupa	<input type="checkbox"/> Porta	<input type="checkbox"/> Contentor
<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> Corda	<input type="checkbox"/> Caixa
<input type="checkbox"/> Conteúdo gástrico	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Tubo estéril
<input type="checkbox"/> Saliva	_____	<input type="checkbox"/> Saco de papel
<input type="checkbox"/> Vidro	_____	Observações
<input type="checkbox"/> Terra	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tinta	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cabelos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Metal		_____
<input type="checkbox"/> Bala		_____
Observações		Hipótese de diagnóstico
Local		
<input type="checkbox"/> Via pública	Autoridade	
<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Presente	
<input type="checkbox"/> Estabelecimentos	<input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> PSP	<input type="checkbox"/> GNR
_____		<input type="checkbox"/> PJ

(continua)